DA ÉTICA MÉDICA À ÉTICA DAS RELAÇÕES

Relatos de Experiências de Estudantes de Medicina

Editora Poisson

VOLUME 1

Gabriel Reron Gonzaga Mendes
Gabriel Rodrigo Viana Andrade
(Organizadores)

Da Ética Médica à Ética das Relações:

Relatos de Experiências de Estudantes de Medicina

Volume 1

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2023

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Ms. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dra. Suelânia Cristina Gonzaga de Figueiredo - Instituto Metropolitano de Ensino-IME
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D111
Da Ética Médica à Ética das Relações: Relatos de Experiências de Estudantes de Medicina — Volume 1/ Organização: Gabriel Reron Gonzaga Mendes, Gabriel Rodrigo Viana Andrade, Belo Horizonte - MG: Poisson, 2023

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-335-5
DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. MENDES, Gabriel Reron Gonzaga II. ANDRADE, Gabriel Rodrigo Viana III. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

Organizadores

Gabriel Reron Gonzaga Mendes

Discente de Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU)

Gabriel Rodrigo Viana Andrade

Discente de Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU)

Prefácio

O presente livro é um conjunto de narrativas reflexivas de discentes de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) que foram construídas inicialmente através do Eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF), de responsabilidade do Departamento de Ética e Humanidades em Saúde (DEHUS).

A narrativa reflexiva é instrumento com potencial de evidenciar processos de reflexão sobre a ação, sobre como ocorre o pensamento do escritor que se debruça sobre determinado fenômeno (HATTON & SMITH, 1995). Marcolino e Mizukami (2008) caracterizam pormenorizadamente as possíveis dimensões que emergem em tais narrativas reflexivas, que vão desde descrição subjetiva dos eventos, passando por identificação de pressupostos pessoais e teóricos que ancoram as práticas até a reflexão crítica sobre a influência de contextos sociopolíticos, históricos e culturais na narrativa. Enquanto instrumento de produção científica e formação acadêmica, as narrativas escritas aqui evidenciam o pensamento e o processo investigativo que discentes de Graduação em Medicina adotam em cenas do cotidiano na Universidade. Elementos pessoais, possíveis elementos desses seres chamados “pacientes” e elementos teóricos criam um ainda principiante, mas intenso movimento crítico-reflexivo de bastante potência formativa para os estudantes (MARCOLINO & MIZUKAMI, 2008).

Já as cenas narradas se constituem enquanto reais experiências, uma estética da experimentação, performance consigo e com o Outro que promove uma transformação de si e das práticas (BRANDÃO, 2016; LÓPEZ, 2011; PITCH, 2021). Os conjuntos de cenas e propostas elencadas pelos estudantes constroem multiplicidades de experiências que apontam para uma releitura das cenas ocorridas ou imaginadas e as condições simultâneas que as permitiram, promovendo uma continuidade em que os sujeitos não cessam de se modificar e modificar o campo de experiências, uma reverberação que faz passado, presente e futuro se encontrarem (FOUCAULT, 2004). É a partir de tal compreensão de experiência que formulamos o título do presente livro: as cenas descritas no presente livro convocam os leitores a refletir não só sobre a ética profissional, mas também desvelam uma dimensão subjetiva que demanda uma complexa ética, uma responsabilidade com esse Outro que se apresenta a nós em cada encontro.

Gabriel Reron Gonzaga Mendes

Referências

MARCOLINO, T. Q.; MIZUKAMI, M. G. N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 26, p. 541–547, jul. 2008.

HATTON, N.; SMITH, D. Reflection in teacher education: towards definition and implementation. Teach. Teach. Educ., v.1, n.2, p.33-49, 1995.

FOUCAULT, M. Ditos e Escritos V. Org. Manoel B. da Motta; Trad. Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2004.

BRANDÃO, R. T. P. Experiência e transformação de si: Foucault e a estetização da vida. In: Dossiê: Filosofia Contemporânea: reflexões sobre os dias atuais. InterEspaço Grajaú/MA v. 2, n. 4 p. 81-96 jun. 2016, ISSN 2446-6549.

López, M. V. O Conceito De Experiência Em Michel Foucault. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p.42-55, jul./dez. 2011

PICH, S. A Noção de Experiência na História da Sexualidade: implicações políticas e formativas. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 46, n. 3, e107679, 2021.

MARCOLINO, T. Q.; MIZUKAMI, M. G. N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 26, p. 541–547, jul. 2008

SUMÁRIO

Capítulo 1: Marca-passo e bioética: uma reflexão sobre intervenções médicas e recursos na saúde pública 10

Gabriel Rodrigo Viana Andrade, Thiago Ferreira Borges, Rosilene Maria Rocha Vinhal

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.01

Capítulo 2: Conversas à beira do leito: a arte da comunicação na medicina 15

Milena Mariana Wellichan, Letícia Santos Vieira, Viviane Aparecida Bazilio

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.02

Capítulo 3: Limites éticos da formação médica: entre o aprendizado a beira do leito e a preservação da dignidade humana..... 19

Carla Rodrigues Xavier, Maria Luisa Teixeira Senise, Mariana Silva Damasceno, Paula Andrade de Souza

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.03

Capítulo 4: Cuidados amplificados para vozes silenciadas: desafios na comunicação médica com uma criança vulnerável vítima de violência 23

Caio Luiz Nazar Cunha, Lucas Figueira Vieira

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.04

Capítulo 5: O primeiro atendimento ambulatorial: a ambivalência do lugar ocupado pelo estudante de medicina 27

Wellington Silveira de Almeida, Jaqueline de Santana Vasques Melo, Isabela de Santana Vasques Melo

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.05

Capítulo 6: Medicina centrada na pessoa e o paciente fragilizado 32

Amanda Borges Rufino Cruz, Ana Luiza Rodrigues Franco Junqueira, Karina Oliveira Barbosa

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.06

Capítulo 7: Observando os princípios bioéticos no cotidiano de um estudante de medicina..... 35

Bruna Marciano Teixeira, Henrique Ferreira Freitas, Pedro Ribeiro Borges

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.07

SUMÁRIO

Capítulo 8: Medicina viva em ato 39

Simone Pereira da Silva Fraga, Thauane Nunes Barbosa, Victória Silva Marinho Socorro

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.08

Capítulo 9: Empatia e manejo de emoções 43

Hélio Francisco Queiroz Júnior, José Henrique Pereira Nunes Caixeta, Letícia Martins Peixoto

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.09

Capítulo 10: O momento em que o melhor procedimento médico a se fazer é não se fazer nada 46

Dhara Louise Campos de Assis, Gabriel Pereira Carísio, Larissa Ferreira Machado

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.10

Capítulo 11: Tecendo laços: superando desafios e construindo vínculo terapêutico 49

Beatriz Rizzo Parreira, Davi Alves Silva, Laura Caroline Felipe de Freitas

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.11

Capítulo 12: Experiências de estudantes de medicina diante de desafios clínicos..... 52

Eduarda Lemos Gonzaga, Iris Tiyono Tavares Umeda, Ana Clara Nogueira Cezar

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.12

Capítulo 13: Os processos de transferência na relação médico-paciente: um dilema entre o profissionalismo médico e a humanização do cuidado..... 55

Letícia Alves de Oliveira, Laura de Paula Ribeiro, Julia Ramos Amaral, Daniela Cotrim Fagundes

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.13

Capítulo 14: Da teoria à prática: transferência e contratransferência na vivência do exame clínico..... 60

Caroline Souza Santos, Letícia Maria Campos da Silva, Michael Vitor da Silva

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.14

SUMÁRIO

Capítulo 15: Vínculos emoldurados: a alma da medicina na teia do cuidado e a sinfonia dos sentidos na arte de curar 63

João Victor Peres Barreto, Mélani Cianca, Victor Luiz Barbosa Gomes Furlan

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.15

Capítulo 16: A criação de vínculos entre estudantes de medicina e suas repercussões na vida acadêmica 66

Andressa Júlia Figueiredo dos Santos, Elizabeth Lopes Vieira Arruda, Gabriele Mendes de Assis

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.16

Capítulo 17: Além da ciência: a medicina e os laços do coração 70

Camila Perone Resende do Amaral, Raíssa Carvalho Paiva

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.17

Capítulo 18: Emoções em foco: a importância da empatia ao ouvir a história de um paciente na prática médica 75

Daniel Siran de Jesus Alves, Jeferson Lucas Hudson, Luiz Silva Brombal

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.18

Capítulo 19: Rompendo barreiras linguísticas: a importância da sensibilidade cultural e adaptação na prática médica 78

Arthur Diogo Silva Valentini Gheno, João Pedro Alves Rodrigues, Ricardo Rodrigues Filho

DOI: 10.36229/978-65-5866-335-5.CAP.19

CAPÍTULO

01

Marca-passo e bioética: uma reflexão sobre intervenções médicas e recursos na saúde pública

Gabriel Rodrigo Viana Andrade[1], Thiago Ferreira Borges[2], Rosilene Maria Rocha Vinhal[3]

A Bioética tem como objetivo facilitar o enfrentamento de questões éticas/bioéticas que surgirão na vida profissional podendo ser analisada sob vários modelos ou correntes de análise teórica, dentre elas, a corrente principialista de Beauchump e Childress (2012) que divide essa área do conhecimento em quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Não obstante é de suma importância a necessidade de entender-se o conceito de intervenção médica que pode ser definido como a assistência prestada a uma pessoa a fim de preservar a vida ou a saúde. Dessa maneira, o objetivo é aliar-se esses conhecimentos teóricos à prática médica para a capacitação do capital humano do graduando de medicina.

Durante o 4° período do curso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU) na disciplina do eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) foi proposto o desenvolvimento de uma narrativa com intuito de levar a reflexão sobre a aplicação dos princípios bioéticos no profissionalismo médico, de forma que ao captar o caso da paciente no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da UFU foi respeitado o sigilo dela de forma a protegê-la de eventuais identificações por outrem.

A cena relatada ocorreu durante o 3° período, na aula de Semiologia, quando foi realizada a visita a uma paciente no PS, HC-UFU, que apresentava graves repercussões relacionadas ao seu quadro clínico, decorrente da aquisição do agente etiológico *Trypanosoma cruzi,* responsável pelo desenvolvimento da doença de Chagas. Naquele momento, a paciente apresentava edema de membros inferiores, derrame pleural e insuficiência cardíaca. Escolhemos esse momento, pois nos despertou atenção o fato de que a paciente passou por uma cirurgia de colocação de marca-passo tradicional, medida a qual nos foi alertado pela professora, como ineficaz para a respectiva resolução do quadro clínico e que não geraria uma maior qualidade de vida da paciente e nem o aumento da expectativa de vida dela (Brasil, 2018).

Á priori, cabe-se ressaltar que de certa forma houve o descumprimento de 2 dos 4 princípios basilares da bioética, ou seja, a ciência que combina o conhecimento biológico e o conhecimento dos valores humanos, sendo eles o da não maleficência e da justiça social. Em primeiro lugar, destacamos que o preceito da não maleficência foi violado, já que do ponto de vista técnico é um procedimento invasivo, que devido a riscos como o de uma anestesia geral, ainda mais levando em consideração o quadro de insuficiência cardíaca da paciente, poderia ter a levado a óbito durante a cirurgia, encurtando de forma

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

abrupta sua vida, sendo que no caso específico, o aparelho cardíaco não se beneficiaria de efeitos terapêuticos que justificassem a operação. Em segundo lugar, analisamos que o pilar da justiça social foi violado, já que haveria pacientes que realmente necessitavam desse equipamento médico com objetivo terapêutico, ainda mais no cenário de saúde pública, a qual há uma fila de espera para colocação de marca-passo.

Em virtude disso, percebemos uma angústia invadindo nosso corpo naquele momento, já que sentimos que aquilo seria injusto com outro paciente que poderia beneficiar-se mais com aquela intervenção, mas também com ela, que criaria expectativas vazias sobre uma melhora que não viria. Não sabíamos o que fazer diante de tal situação, então simplesmente veio a incredulidade com o sofrimento em potencial que aquilo causaria a quem não recebeu aquele marca-passo e à própria paciente. Portanto, percebemos a necessidade de aprender mais sobre os limites da intervenção médica para a resolução do quadro clínico de um paciente, levando em consideração também, o custo-benefício de nossas ações e procedimentos para a melhor racionalização dos recursos públicos disponíveis.

Tentamos abstrair os impactos emocionais que a implantação do marca-passo gerou nessa paciente. É sabido que o procedimento cirúrgico realizado não oferecerá uma melhora terapêutica real no contexto da enfermidade dessa mulher, mas tal ato constitui verdadeiramente efeito neutro? A operação desempenhada meramente priva a paciente em questão de um efeito positivo ou há concomitantemente implicações negativas resultantes da cirurgia?

Nesse sentido, quando exposta ao procedimento, a paciente poderia responder no âmbito psicoemocional, entre outras possibilidades, com expectativa e esperança. A expectativa traduz-se em um modelo assentado na construção da relação entre causa e efeito constitui-se alicerçada à probabilidade de um determinado acontecimento efetivamente ocorrer a partir de uma análise leiga da realidade. Em tal contexto, evidencia-se o grande sofrimento e angústia que o processo de adoecimento e a espera por um procedimento geram no contexto psicológico de um paciente, o qual já se vê fragilizado pela progressão de sua enfermidade e, ainda, vive o medo das implicações positivas ou negativas, certas ou consistentemente improváveis da abordagem terapêutica a ser efetivamente utilizada. Apesar de tudo isso, da sobrecarga emocional, da incerteza opressiva, da insegurança sempre presente, emerge a perspectiva de uma expectativa em relação aos impactos de um procedimento cirúrgico e, consequentemente, à possibilidade do resgate de uma qualidade digna de vida (KNIHS *et al*., 2017). Como exemplo, tem-se alguém que será submetido a uma cirurgia cardiovascular e projeta expectativas acerca da melhora de sua condição de saúde. Por outro lado, esperança é um termo relativo à avaliação dos diversos caminhos possíveis, os quais tendem a ser elaborados visando os objetivos esperados pelos pacientes em relação às situações específicas vivenciadas por cada indivíduo e o sucesso percebido ao se tomar determinado caminho, sendo que eles são moldados com o intuito de levar ao alcance das metas formuladas pelas pessoas responsáveis por essa esperança (LEUNG *et al.*, 2009). Tal conjuntura gera, assim, um questionamento relevante acerca da capacidade humana envolvida no processo de manejo de expectativas e esperanças dentro do cenário clínico; não há certamente solução mágica para a resolução desse tipo de impasse. Porém, um meio consistente de se superar obstáculos que esses sentimentos podem eventualmente gerar é o convite à rede multiprofissional para que integrem o paciente no desenvolvimento de sua linha terapêutica a partir da consideração do projeto terapêutico singular (PTS). Essa iniciativa, uma vez que os profissionais da saúde discutiram e

entenderam o caso do paciente em questão, busca trazê-lo para a construção ativa da sua estratégia e trajetória terapêuticas ao permitir que a pessoa que irá enfrentar todo o tratamento tenha voz ativa na sua elaboração. Por meio disso, o indivíduo entenderá de forma plena seu estado atual e, com isso, terá condições de entender as suas reais possibilidades futuras, evitando a criação de falsas expectativas e esperanças (BRASIL, 2009).

Devemos considerar, ademais, que o Código de Ética Médica prevê que, uma vez que devidamente embasadas na literatura científica, o paciente detém autonomia para decidir sobre a linha terapêutica a qual ele será submetido (CFM, 2019). Além disso, a autonomia é um conceito basilar dentro de uma das mais influentes correntes teóricas atreladas à bioética: o Principialismo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012) que vê a corrupção de mais um entre os quatro princípios bioéticos propostos por ele.

Em tal âmbito, devemos entender a autonomia enquanto o entendimento de um indivíduo enquanto um ser humano pleno, com capacidades, habilidades e consciência que lhe permitem entender-se como tal e, a partir disso, realizar decisões autônomas, livres e emancipadas considerando suas próprias necessidades e entendimentos a respeito de um determinado contexto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2012). De posse dessas reflexões, precisamos apreender alguns questionamentos: existe respeito pela autonomia de um paciente quando esse indivíduo não tem consciência das reais implicações de sua escolha? Quais são as implicações possíveis em caso de a resposta ser negativa?

Com isso, a operação realizada foi indicada pela equipe médica, que possivelmente por falta de conhecimento técnico, informou a essa mulher que seriam positivos os resultados obtidos pela cirurgia. Cabe, a esse respeito, pontuar que o médico não pode ser entendido enquanto senhor e guardião da razão, enquanto o que detém o conhecimento diante de um paciente leigo, ignorante e que não apresenta competência suficiente para discutir sobre seu próprio caso com o profissional da saúde. Essa condição restringe a autonomia do paciente e o coloca na situação de mero ouvinte que acatará e será submetido a qualquer procedimento que o médico considerar conveniente. Uma abordagem diferente, portanto, pode resultar em efeitos diferentes: caso o médico entenda a relação médico-paciente de forma a permitir que o paciente tenha ciência de sua condição e questione sobre os efeitos daquela terapêutica, isso pode, a partir da dúvida do paciente, promover um questionamento do próprio médico, de modo que, ao tentar explicar ao paciente os acontecimentos associados à operação, irá necessitar de um amplo domínio sobre o caso específico, o que pode gerar dúvidas no próprio médico, que estaria estimulado a pesquisar mais sobre o procedimento para dar uma informação mais correta ao paciente. Uma vez que o médico apresente o domínio técnico adequado, existem ainda uma barreira a ser transposta para que se atinja uma autonomia plena do paciente: uma abordagem empática por parte de todos aqueles que se prestam à assistência à saúde.

Nesse ínterim, é absolutamente basilar o entendimento de que pessoas que não estão inseridas em um ambiente médico não tem mínima obrigação de compreender termos técnicos que os profissionais da área utilizam cotidianamente, haja vista que essa prática apenas dificulta o entendimento e a comunicação efetivas entre médico e paciente; o que é, na realidade, necessário, é a escuta ativa, entendimento e acolhimento dessas pessoas que são submetidas a procedimentos médicos para que as necessidades individuais de cada um sejam, enfim, atendidas. É preciso conhecer o paciente que se está tratando, sua rede de apoio, seus familiares e amigos, sua relação dentro de casa e em seu ambiente de trabalho, suas condições socioeconômicas, psicológicas e afetivas; é preciso

ouvir aquele que, de fato, sofrerá as consequências, boas ou não, de um ato médico, o paciente (KNIHS *et al*., 2017). Uma vez que se ouça essa pessoa, o diálogo sobre o que ela deseja fazer a partir do esclarecimento de suas condições e de suas possibilidades, além do que ela espera conseguir a partir de sua decisão, seja ela qual for.

Observa-se, assim que essa pessoa não tinha acesso ao conhecimento necessário para ter autonomia de colocar ou não o marca-passo, já que sua decisão se baseou em uma conduta equivocada por parte dos profissionais de saúde. Em relação ao segundo questionamento, vai-se além, haja vista que, tendo uma visão errônea sobre sua condição e sobre o funcionamento do marca-passo, a paciente desenvolveu expectativas e esperanças sobre sua perspectiva futura. Ela, seguindo as constatações médica, considerou que estatisticamente suas chances de melhorar sua qualidade de vida eram favoráveis, além do fato de ela apostar ainda mais nessa situação, uma vez que emocionalmente era o cenário que ela identificou como preferencial. Diante da realidade apresentada, porém, a paciente apresentou grande decepção em relação a tudo que havia sido idealizado, fato que a colocou em uma situação de grande sofrimento.

Para justificarmos o posicionamento acima cabe-se ressaltar a importância da Diretriz Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – 2023, a qual elenca as recomendações para implante de marca-passo convencional e para colocação de marca passo multissítio, o documento recomenda-se que o primeiro procedimento deve ser realizado em pacientes com doença do nó sinusal, bloqueios atrioventriculares e bloqueios intraventriculares, síndrome da hipersensibilidade do seio carotídeo, síncope vasovagal, cardiomiopatia hipertrófica, doenças neuromusculares, síndrome da apneia obstrutiva do sono, síndrome do QT longo congênito (SQTLc) e coração transplantado e instruem que o segundo procedimento deve ser feito preferencialmente em pacientes com fibrilação atrial, ou seja, percebe-se uma incoerência entre o procedimento adotado para a paciente e o recomendado pelos órgãos de referência. Sendo assim, o correto de acordo com as instituições modelo seria a utilização de um cardioversor-desfibrilador implantável e não de um marca-passo convencional, para a prevenção primária de morte súbita pela cardiomiopatia chagásica.

Por fim, cabe aos profissionais de saúde, aliarem seus conhecimentos técnicos à princípios de gerência de recursos como a necessidade de se utilizar corretamente as ferramentas que estão disponíveis para o exercício da nossa profissão e às necessárias reflexões bioéticas.

REFERÊNCIAS

[1] LEUNG, Karen K.; SILVIUS, James L.; PIMLOTT, Nicholas; DALZIEL, William; DRUMMOND, Neil. Why health expectations and hopes are different: the development of a conceptual model. **Health Expectations,** [S.L.], v. 12, n. 4, p. 347-360, 10 nov. 2009. Wiley. http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00570.x. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2009.00570.x. Acesso em: 26 out. 2023.

[2] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tablóide, 1990.

[3] BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7.ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.

[4] TEIXEIRA, Ricardo Alkmim; FAGUNDES, Alexsandro Alves; BAGGIO JUNIOR, José Mário; OLIVEIRA, Júlio César de; MEDEIROS, Paulo de Tarso Jorge; VALDIGEM, Bruno Pereira; TENO, Luiz Antônio Castilho; SILVA, Rodrigo Tavares; MELO, Celso Salgado de; ELIAS NETO, Jorge. **Diretriz Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis** – 2023. 2023. Disponível em:

https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-120-01-e20220892/0066-782X-abc-120-01-e20220892.x55156.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

[5] SAÚDE, Ministério da. **PORTARIA GM/MS Nº 1.098, DE 12 DE MAIO DE 2022**. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1098_13_05_2022.html. Acesso em: 26 out. 2023.

[6] KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. **Ética e bioética: para dar início à reflexão.** 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1098_13_05_2022.html. Acesso em: 26 out. 2023.

[7] KNIHS, Neide da Silva et al. Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório. **Avances En Enfermería**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 0-0, 1 jan. 2017. Universidad Nacional de Colombia. http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.60753.

[8] BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

CAPÍTULO

02 Conversas à beira do leito: a arte da comunicação na medicina

Milena Mariana Wellichan[1], Letícia Santos Vieira[2], Viviane Aparecida Bazilio[3]

A síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF) é uma doença sistêmica autoimune caracterizada por trombose arterial e venosa, morbidade gestacional e presença de níveis séricos de anticorpos antifosfolipídeos elevados e persistentemente positivos (DANOWSKI, 2013). Por outro lado, a bioética, conforme proposta por Beauchamp e Childress, é um campo que aborda questões éticas à saúde, fundamentando-se em quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (AZAMBUZA, 2015).

Com base nesses princípios bioéticos, é possível abordar a SAF não apenas do ponto de vista médico, mas também considerando as implicações éticas relacionadas ao tratamento e diagnóstico desta condição. Esses princípios orientam a tomada de decisões e a reflexão sobre questões morais e dilemas éticos que possam surgir ao lidar com pacientes diagnosticados com SAF e, também, norteiam formas de como não causar sofrimentos desnecessários ao paciente.

Em agosto de 2023, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, futuros médicos se viram diante de um desafio ímpar durante uma atividade prática de raciocínio clínico. Encarregados de realizar a anamnese de um paciente internado na enfermaria, os estudantes se empenharam em coletar informações vitais para compreender o caso clínico em questão. O objetivo era não só adquirir dados cruciais, mas também apresentar o caso à turma, fomentando discussões sobre possíveis diagnósticos com base nos sintomas observados.

Contudo, a experiência foi permeada por desafios éticos de magnitude significativa. O paciente em foco, um jovem, enfrentava uma rara síndrome que o conduzia a internações recorrentes, muitas delas de longa duração. O delicado quadro levantou questões éticas acerca da comunicação com um paciente em situação de doença grave ou, por vezes, incurável.

A proteção da privacidade do paciente foi primordial, conduzindo à omissão de quaisquer dados pessoais e referências ao leito específico onde estava acomodado. Os estudantes de medicina enfrentaram não apenas o desafio de desvendar o que afligia o paciente, mas também a complexidade ética de lidar com casos nos quais a esperança e a comunicação delicada se entrelaçam diante de condições médicas severas e de prognóstico incerto.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

No quarto período do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, os alunos começam a ter mais contato com pacientes a partir de consultas ambulatoriais, além da introdução à conteúdos aplicados, como raciocínio clínico. Uma matéria que desperta grande entusiasmo nos estudantes, pois a partir dela, podemos começar a pensar em possíveis diagnósticos de acordo com dados obtidos a partir da anamnese, como perfil epidemiológico, história clínica e achados ao exame físico. Dessa maneira, os alunos precisam ir até o hospital, encontrar um paciente disponível e elaborar um caso que seja interessante para apresentação em sala, na qual haverá uma discussão sobre as possíveis hipóteses diagnósticas.

Nesse sentido, o caso em questão se trata de uma experiência vivenciada a partir da coleta de uma anamnese na enfermaria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, em que um paciente cuja queixa era uma fraqueza progressiva, possuía a chamada síndrome do anticorpo antifosfolipídeo, uma doença autoimune, de caráter incurável, cujas características predispõem o paciente a formação de trombos. Sua síndrome era a do anticorpo antifosfolipídeo (SAF), sendo mais rara no caso em questão por se tratar de um paciente do sexo masculino, pois a SAF é mais comum em mulheres. O paciente em questão apresentava dor abdominal em faixa, de início no hipocôndrio direito e irradiando para a região dorsal, fácies cushingoide perante o tratamento com corticoides e referia náuseas, vertigem, congestão e constipação intestinal. Diante da idade tão semelhante à nossa, foi impossível não se sentir afetado pela história desse paciente com constantes internações e sofrimento. Em meio à consulta, o paciente demonstrou uma grande preocupação em relação ao funcionamento do seu coração por estar aguardando uma cirurgia cardíaca para correção de hipertrofia ventricular e leve regurgitamento das válvulas cardíacas em decorrência de uma hipertensão pulmonar e nos foi questionado “será que meu coração voltará a ser como era antes?” Ficamos paralisadas diante da pergunta, afinal éramos apenas estudantes dando início ao ciclo clínico, mas sabíamos que seu caso era demasiadamente complicado, porém ao mesmo tempo não queríamos que nossa resposta gerasse ainda mais inseguranças ao “nosso paciente”. Em meio a esse momento de tensão, como tentativa de aliviar seu sofrimento dizemos “acreditamos que ficará tudo bem”.

Nossa conduta, não foi acertada, pois, mesmo pensando em confortá-lo, talvez tivéssemos criado falsas esperanças em um paciente que já sofre demasiadamente por uma doença real, não sendo preciso sofrer por expectativas geradas por estudantes. Dessa forma, escolhemos esse caso para servir como ferramenta para novos aprendizados devido ao dilema que enfrentamos entre a verdade dolorida e o conforto emocional do paciente. Dessa maneira, gostaríamos de aprender mais sobre a comunicação de más notícias. Como conduzir uma consulta que nos cause tristeza e angústia devido à gravidade do paciente?

Aprendemos ainda no Ensino Fundamental, durante as aulas de português, que o significado de comunicação é transmitir uma mensagem compreensível a um ou mais interlocutores. Realizar a comunicação de más notícias no ambiente hospitalar envolve habilidades que estão além do conhecimento científico sobre uma doença, visto que o recebimento de uma má notícia envolve impactos negativos na vida do paciente e de seus familiares. Apesar da necessidade de uma comunicação de más notícias assertiva na rotina médica, muitos estudantes e médicos sentem-se despreparados para tal (ISQUIERDO, 2021).

No Brasil, a comunicação de más notícias não só é pouco presente na grade curricular dos cursos de Medicina, como também não são praticados métodos de comunicação nas Universidades (VOGEL, 2019), como o protocolo SPIKES, acrônimo criado a fim de auxiliar o médico na transmissão de notícias ruins de forma que torne a recepção da mensagem pelo paciente e seus familiares menos traumática.

O protocolo SPIKES consiste em 6 fases, sendo elas (LINO, 2011):

S	P	I	K	E	S
SETTING UP	PERCEPTION	INVITATION	KNOWLEDGE	EMOTIONS	STRATEGY AND SUMMARY
Preparando-se para o encontro	Percebendo o paciente	Convidando para o diálogo	Transmitindo as informações	Expressando emoções	Resumindo e organizando estratégias

Na Universidade Federal de Uberlândia-MG, o eixo ASRF – Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas, tem como um dos objetivos trabalhar com os alunos habilidades socioemocionais, entre elas a empatia e a comunicação, dentro da relação médico-paciente. Tais habilidades são essenciais para agregar as competências de comunicação e um exemplo é o protocolo SPIKES. Outrossim, um protocolo pode ter objetivo contrário se não utilizado com critério, descaracterizando a importância do médico em se colocar no lugar do outro e utilizando da sua sensibilidade com o paciente. Torna-se evidente a necessidade de não só inserir a comunicação de más notícias à grade curricular dos cursos de Medicina de maneira homogênea nas Universidades do país, como também trabalhar as habilidades de comunicação dos estudantes.

Em nosso dilema entre a verdade dolorida e o conforto emocional do paciente, precisamos lembrar do Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina (CFM), o qual afirma em seu capítulo V (“Relação com pacientes e familiares”), em seu artigo 34, que é vedado ao médico “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.” (CFM, 2009). Logo, mesmo que no momento da graduação possamos sentir vontade de aliviar a dor do paciente, suas angústias e preocupações, não podemos apenas dizer que um determinado procedimento, como a cirurgia a qual o paciente seria submetido, será totalmente benéfico, sendo preciso apenas informar que não sabemos o suficiente sobre o assunto, pois ainda estamos em formação. Dessa maneira, estaremos mais preparados para o futuro, no qual teremos que seguir o código de ética em questão e realmente dizer os riscos da cirurgia do paciente e o quanto, no caso abordado, o coração dele poderá se recuperar. Isso porque, será fator de dano ao paciente acreditar em uma possível cura, em casos em que a recuperação é parcial.

Ao longo do semestre, as aulas de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF) nos capacitaram a lidar com notícias tristes e angustiantes. No início, a experiência da anamnese de raciocínio clínico nos deixou vulneráveis, mas as dinâmicas de simulação nos ajudaram a desenvolver habilidades para lidar com pacientes difíceis, situações angustiantes e estressantes. Essa evolução é notável e nos deixa confiantes para o futuro. Portanto, a situação abordada acima não acontecerá novamente, pois conseguimos

aprender com ela que precisamos nos comunicar da melhor forma possível com o paciente, sem criar falsas esperanças. Com o aprendizado do protocolo SPIKES e das normas do Código de Ética Médica, estaremos ainda mais preparados para lidar com situações complexas na medicina.

REFERÊNCIAS

[1] DANOWSKI, A. et al. Diretrizes para o tratamento da síndrome do anticorpo antifosfolipídeo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 2, p. 184–192, mar. 2013.

[2] AZAMBUJA, L. E. O.; GARRAFA, V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 634–644, set. 2015.

[3] ISQUIERDO, A. P. R. et al. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 2, p. e091, 2021.

[4] VOGEL, K. P. et al. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 314–321, 2019.

[5] LINO, C. A. et al. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52–57, jan. 2011.

[6] MEDICINA, CONSELHO FEDERAL DE. **Código de Ética Médica - Resolução CFM 1931/09**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>.Acesso em 26 out. 2023.

CAPÍTULO

03

Limites éticos da formação médica: entre o aprendizado a beira do leito e a preservação da dignidade humana

Carla Rodrigues Xavier[1], Maria Luisa Teixeira Senise[2], Mariana Silva Damasceno[3], Paula Andrade de Souza[4]

Desde a sua formação, o médico deve ser instigado a construção de uma relação boa com os pacientes, dado que isso será a sua base para o exercício da medicina, como citado por Porto (2019). Para a construção dessa relação médico-paciente, o profissional deve pautar-se nos princípios bioéticos explorados por Beachump e Childress (2013) e considerar também a perspectiva mais atual da ética das virtudes discutida por Vizcarrondo (2012), segundo a qual, deve-se preservar virtudes como a empatia, honestidade e benevolência para o bom exercício da atividade médica.

A aprendizagem dessa relação médico-paciente é associada ao método clínico, que é explorado em muitas universidades, como a Universidade Federal de Uberlândia e precisa ser reforçado em um cenário de avanços da tecnologia e exaltação dos exames complementares em detrimento da desvalorização da apresentação clínica do paciente (PORTO, 2019). Nesse contexto, a narrativa a seguir apresenta um breve relato sobre a experiência de alunas em uma atividade de raciocínio clínico com o objetivo de despertar reflexões acerca dessa metodologia e da abordagem dela de uma forma ética que preserve a dignidade humana dos envolvidos.

A elaboração da narrativa iniciou-se com a experiência das alunas em um cenário de aprendizagem a beira do leito em agosto de 2023, na enfermaria de clínica médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, que despertou uma necessidade de aprendizagem e reflexão. A partir da análise crítica sobre a situação vivenciada pelas estudantes, buscou-se referências bibliográficas que conduzissem uma discussão produtiva que permitisse a percepção sobre como deveriam agir em situações similares e o que poderia ser feito de forma distinta da qual foi feita.

A atividade tem como público-alvo estudantes e profissionais da área da saúde que lidam diariamente com situações similares de ensino à beira do leito e que poderiam também refletir sobre a metodologia que tem sido adotada e como melhorá-la focando na ética médica e na garantia do bem-estar do paciente. Durante o relato, omitiu-se o nome do paciente e suas informações pessoais, focando na experiência para as estudantes.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[4] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

No quarto período do curso de Medicina possuímos, como parte do módulo de Medicina Integrada, aulas de raciocínio clínico em que temos a oportunidade de realizar anamneses e discutir os casos com o preceptor. Nesse sentido, iremos relatar uma experiência que vivenciamos em agosto de 2023, quando visitamos a enfermaria de clínica médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e, junto com o nosso preceptor e outros dez colegas, fomos discutir o caso à beira do leito do paciente. Na enfermaria de clínica médica, cada quarto possui três camas, sem separação entre elas, apenas cortinas que raramente são utilizadas, portanto, a privacidade dos pacientes fica bastante reduzida. Tratava-se de um vendedor de automóveis, de 49 anos, natural e procedente de uma cidade do interior de Minas Gerais cuja queixa principal era "calafrios seguidos de vômitos" há 10 dias. Assim, enquanto nossas colegas apresentavam o caso, percebemos que, no leito ao lado do paciente, estava um senhor acamado, com fralda, aparentemente incomodado com a presença de todos aqueles alunos. Após alguns minutos, as enfermeiras chegaram e começaram a preparar o senhor para tomar banho no leito.

Enquanto estávamos no quarto discutindo o caso do paciente, começaram a dar banho no homem ao lado, que, apesar de não conseguir falar, demonstrava estar extremamente desconfortável com a situação, já que emitia sons e nos encarava com um olhar embravecido. Apesar da situação claramente desconfortável, as enfermeiras não puxaram a cortina para isolar o paciente e o nosso preceptor optou por terminar a discussão dentro da sala. Tal ocorrência, que desconsiderou claramente a privacidade do paciente, não só provocou revolta pelo enfermo mas também nos alunos que acompanhavam todo esse dilema. Por mais que todos os alunos presentes se incomodaram, com sentimentos de raiva, angústia e injustiça, nenhum estudante propôs que saíssemos do quarto. Essa estagnação generalizada entre os alunos se baseou numa premissa de que não temos poder real de decisão, que os profissionais já consolidados devem saber mais e até mesmo no choque estacionário pela situação.

Ao terminarmos a discussão do caso clínico e sairmos do quarto, passamos a refletir melhor a situação vivenciada. Na nossa visão, enfermeiras poderiam ter usado as cortinas para preservar a privacidade do paciente, tanto para os outros pacientes que estavam no quarto quanto para a nossa turma, e o preceptor poderia ter nos direcionado para o corredor para a discussão do caso clínico, quando começaram o banho do tal paciente, já que não necessitávamos de permanecer a beira leito, tornando o nosso prolongamento dispensável naquela situação. E ainda consideramos que tal situação, deve ser bastante frequente no cotidiano hospitalar, tendo em vista ser um hospital escola, questionamos, assim, o preparo dos profissionais que atuam no hospital para promover um atendimento realmente ético.

Assim, ponderamos como necessidade de aprendizagem: como os profissionais da saúde e os acadêmicos de medicina podem atuar para reduzir a exposição do paciente em hospitais escola de modo a preservar a ética médica, a dignidade dos indivíduos e ainda sim garantir uma boa aprendizagem?

A partir da busca em referências bibliográficas, percebemos que o aprendizado à beira do leito, como experienciamos, é um aspecto valioso da formação médica, uma vez que permite o contato com o paciente, a aplicação do conhecimento teórico-prático, e desenvolvimento da comunicação, bem como das relações interpessoais e da relação médico-paciente (BORGES, 2015; JANICIK & FLETCHER, 2003). No entanto, a percepção dos pacientes com relação a essas vivências apresenta uma ambiguidade: ao mesmo tempo em que podem enxergá-las de forma positiva, por receberem a atenção dos

profissionais, há também relatos de sensação de desconforto e de objetificação (MARTINS et. al, 2003; SANCOVSKI, 2002; SILVA et. al, 2016). Isso representa o que percebemos em nossa experiência. Ao buscar priorizar a aprendizagem do discente, há um extrapolamento do cenário em que nos encontramos, de modo que o paciente que está sendo avaliado não é incluído na discussão e o cenário ao nosso redor também é ignorado, como ocorreu com o paciente acamado ao lado que, apesar de não estar sendo o foco naquele momento, não deixava de ser um indivíduo com uma dignidade a ser preservada e também ser um paciente com todos os seus direitos e nós com os nossos deveres éticos.

Dessa forma, a preservação da dignidade humana deveria ter sido garantida ao paciente que estava tomando banho no leito. Primeiramente, de acordo com os manuais de banho ao leito, inclui-se o uso de cortinas ou biombos para a preservar a privacidade do paciente acamado (LIMA et. al, 2016). Contudo, uma vez que essa conduta não foi realizada pela equipe de enfermagem, nós poderíamos ter nos retirado do quarto, com o nosso preceptor, para continuar a discussão em outro local, enquanto o paciente ao lado encontrava-se exposto, visto que o Código de Ética Médica diz, no artigo 38: "É vedado ao médico (...) Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais" (CFM, 2018a) e, o Código dos Estudantes de Medicina, em seu artigo 28 coloca: "O estudante de medicina deve respeitar a privacidade, que contempla, entre outros aspectos, a intimidade e o pudor dos pacientes" (CFM, 2018b). Dessa forma, ao permitir que o paciente estivesse exposto a um menor número de pessoas, estaríamos demonstrando empatia a ele, um dos valores humanos que devem estar envolvidos na medicina, como coloca a ética das virtudes analisada por Vizcarrondo (2012).

Portanto, percebemos que deve haver uma preservação da boa formação médica que enalteça o contato com o paciente e determinadas situações pedirão de nós uma análise mais crítica, que permita priorizarmos também os outros indivíduos ali envolvidos sem prejudicar a nossa aprendizagem. Alguns estudos sugerem, inclusive, que haja uma discussão prévia e posterior a visita médica, para que não seja realizada uma discussão extensa e de caráter técnico na frente do paciente, podendo deixá-lo desconfortável (BORGES, 2015; JANICIK et. al, 2003; MARTINS et. al, 2003). Com essa adaptação, as visitas priorizariam os exames e a observação do paciente concomitante a uma conversa em que este participasse de forma ativa, pudesse tirar suas dúvidas e compreender melhor a sua condição. Considerando, ainda, o contexto de um hospital escola com leitos compartilhados, essa adaptação reduziria, também, a exposição dos outros pacientes no leito e permitiria a preservação da privacidade de todos. Sendo assim, sob uma visão crítica das visitas médicas, percebemos que há um envolvimento maior do que apenas a aprendizagem do discente. Essas limitações do ensino a beira do leito precisam ser consideradas, para que possamos enxergar, para além das nossas prioridades, os direitos e a dignidade dos pacientes ali expostos.

Diante de todos dados expostos, conclui-se que, mesmo sendo um hospital universitário, algumas condutas devem ser tomadas para resguardar o paciente e para que o seu bem-estar psico-físico-emocional seja garantido. Para isso, os alunos, professores e profissionais do hospital devem estar compactuados com os princípios bioeticos e com a base bem estabelecida da relação médico paciente para que na prática cotidiana não ocorram situações como a exposta nesse documento, ou seja, percebe-se a existência de lacunas que precisam ser reconfiguradas nos hospitais escolas brasileiros para que eles sejam mais condizentes com os princípios bioeticos, os quais são fundamentais para a humanização do atendimento.

REFERÊNCIAS

[1] BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

[2] BORGES, M. C.; FREZZA, G.; SOUZA, C. da S.; BOLLELA, V. R. Ensino clínico em cenários reais de prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 48, n. 3, p. 249-256, 2015. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v48i3p249-256. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104313. Acesso em: 22 out. 2023.

[3] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / **Conselho Federal de Medicina** – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 22 out 2023.

[4] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética do estudante de medicina / Conselho Federal de Medicina. – Brasília, DF: **CFM**, 2018. Disponível em: https://cdn-flip3d.sflip.com.br/temp_site/issue-77305c2f862ad1d353f55bf38e5a5183.pdf. Acesso em: 22 out 2023.

[5] JANICIK R.W.; FLETCHER K. E. Teaching at the bedside: a new model. **Med Teach**, vol. 25 n. 2 p. 127-130, mar 2003. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0142159031000092490. Acesso em: 22 out 2023.

[6] LIMA, S. L. R; NUNES, V. S.; OLIVEIRA, L. B. Protocolos Operacionais Padrão HU UNIVASF/EBSERH: procedimentos técnicos multiprofissionais e de enfermagem. Petrolina: **HEWAB**, 2016. Disponível em: http://www.univasf.edu.br/~tcc/000007/0000076b.pdf. Acesso em: 22 out 2023.

[7] MARTINS, L. et.al. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. **Psicologia, Saúde e Doenças**, vol. 4, núm. 1, 2003, pp. 69-82. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/362/36240105.pdf. Acesso em: 22 out 2023.

[8] PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 1440 p.

[9] SANCOVSKI, A. R. K.Efeitos da visita médica nos pacientes da enfermaria da clínica geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2002. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental) - **Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2002. doi:10.11606/T.5.2002.tde-20092006-232547. Acesso em: 2023-10-27.

[10] SILVA, J. L. C. L.; SILVA, T. C. M.; ALENCAR, L. C. A. O Paciente e a Vivência da Visita Médica à Beira do Leito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [*s. l*], v. 40, n. 4, p. 704-712, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01572015. Acesso em: 22 out 2023.

[11] VIZCARRONDO, F. The Return of Virtue to Ethical Medical Decision Making. The Linacre Quarterly, vol. 79, n. 1, p.73-80, 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1179/002436312803571519. Acesso em: 22 out 2023.

CAPÍTULO

04 Cuidados amplificados para vozes silenciadas: desafios na comunicação médica com uma criança vulnerável vítima de violência

Caio Luiz Nazar Cunha[1], Lucas Figueira Vieira[2]

Além do conhecimento técnico, a profissão médica exige conhecimento humanístico e sensibilidade por aqueles que a exercem, como nos casos de um possível abuso sexual de crianças ou adolescentes (PAIVA & ZAHER, 2012). No Brasil, entre 2005 e 2021, foram notificados 83 mil casos de violência sexual contra criança (BRASIL, 2021). Assim, é extremamente importante que aprendamos a como se comportar e quais decisões tomar diante de tal contexto, principalmente no tratamento de crianças, ou seja, um ser vulnerável que merece e é protegido por leis (BOMFIM *et al*, 2022). Na presente narrativa, compartilhamos a primeira experiência do grupo em torno desse tipo de atendimento, que, sem sombra de dúvidas, é complexo e reverbera em qualquer profissional que o realiza. Com isso, objetiva-se a demonstração de um caso real de vivência de uma dificuldade específica no ato de aprendizagem médica e o estímulo ao cuidado humanizado por parte do profissional e do estudante da área da saúde diante dessa situação.

Foi realizado uma narrativa reflexiva referente a uma vivência, presenciada por estudantes de medicina, no município de Uberlândia, no mês de setembro em um hospital. Nesse local, houve a experiência de conversar com um paciente em estado vulnerável, sendo uma atividade destinada ao desenvolvimento de habilidades clínicas necessárias para um médico em sua vida profissional, principalmente, em situações complexas. Diante dessa situação, foi realizada uma interação comunicativa de difícil condução devido às inúmeras dimensões de vulnerabilidade da paciente. Assim, relatamos o caso percorrido e as emoções manifestadas ou pensadas durante a entrevista médica.

Durante o quarto período de medicina, quando ampliamos nossos contatos com os pacientes, iniciamos atendimentos no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, o que nos permite maior integração com a história da paciente, bem como uma maior aplicabilidade do conteúdo teórico aprendido em diversos eixos do curso. Tudo começou no nosso segundo atendimento, acompanhados pela preceptora, quando nos foi solicitado a realização de uma anamnese típica, já feita dezenas de vezes nos períodos anteriores, além da realização das manobras que exaustivamente aprendemos ao longo desse semestre. A princípio, não era nada que fuja do habitual e tendia a ser “mais do mesmo”. Apenas perguntas simples, como idade, estado civil, idade gestacional, demais gestações, histórico familiar, dentre outras. Porém, ao entrar na sala, tratava-se de uma adolescente, o que foi chocante, uma vez que se tratava de uma pessoa vulnerável, inocente e muito

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

jovem para estar naquela situação. Apesar de ser algo relativamente comum, essa cena entrava em conflitos com o que socialmente e biologicamente é determinado: a gravidez na adolescência é uma situação de risco e é especialmente traumático (GURGEL *et al*, 2008). Nesse momento, tudo que parecia simples tornaram-se extremamente angustiantes. Não sabíamos por onde começar ou o que dizer.

A paciente parecia triste, olhar e voz baixos, introspectiva, não queria ou não sabia se comunicar, conhecia poucas informações sobre si mesma ou sobre sua gravidez. Parecia traumatizada. Porém, mesmo assim fizemos o que havia sido proposto e iniciamos a coleta de informações. A primeira pergunta, idade, nos entregou mais medo: 14 anos de idade, já com 34 semanas de gestação. O fato de estar ali se configurava como uma gestação de alto risco, em virtude do ambiente terciário em saúde, mas questionamos mesmo assim. Ela vinha do interior do Nordeste, de família pobre, muitos irmãos, poucas consultas de pré-natal. A paciente estava sentindo muita dor e com bastante sangramento vaginal. "Como perguntar questões tão íntimas a uma adolescente?" era a pergunta que pairava na nossa mente. Não sabíamos e não havíamos sido treinados para falar de relações sexuais com uma adolescente. Dessa forma, diversas questões surgiram em nossos imaginários e nos questionamos, por exemplo, "Como perguntar sobre a primeira relação sexual, sobre o uso de métodos contraceptivos, sobre quem era o pai, onde ele estava, se a relação havia sido consentida", pois eram questionamentos muito difíceis, mas importantes para uma história obstétrica adequada.

Percebemos, naquele momento, a necessidade de aprimorar a habilidade comunicativa de assuntos sensíveis com um público que geralmente não acessa os serviços em saúde e sobre como o médico deveria se portar diante dessa situação vivenciada. Tudo se tornou mais complexo ainda ao perceber que era a sua segunda gestação. Teve sua primeira filha com 12 anos de idade, o que, supomos, que a sua primeira gestação foi muito próxima da menarca. Era uma criança quando engravidou pela primeira vez, ainda era uma criança agora. Nesse momento, ficamos ainda mais aflitos e não conseguimos questionar nada sobre o pai, pois não sabíamos como. Apesar de ser uma informação necessária, entendemos que deveríamos nos aperfeiçoar nessa situação para poder coletar todos os dados da paciente. A situação era ainda pior, a sua primeira filha já havia falecido, afogada em um balde. Isso nos deixou com imensas dúvidas: "devemos perguntar o que aconteceu?", "isso é ético de se perguntar?", "valorizamos a entrevista e a técnica ou expomos um dos possíveis maiores traumas daquela criança?", foi nesse momento que denotamos a necessidade de conceitos éticos e de habilidades comunicacionais.

Posteriormente, nos foi dito que ela possivelmente sofria violências sexuais e uma equipe de serviço social e psicologia já estava cuidando do caso. Nesse contexto, nos questionamos o que realmente deveria ter sido perguntado, principalmente considerando que ainda não somos médicos formados, não íamos dar resultados para aquela paciente e não sabíamos o que fazer. Acreditamos que nossas habilidades foram insuficientes e talvez expusemos aquela adolescente/criança em excesso por não saber como lidar. Além disso, o sentimento de desconforto foi acentuado, especialmente diante de duas condições predominantes. Em primeiro lugar, a realidade financeira e educacional da paciente foi um choque para nós. Uma criança vinda do interior do Nordeste, com limitado conhecimento sobre si mesma, sua gravidez e o mundo ao seu redor, tornou a comunicação e o cuidado durante a consulta extremamente complexos. Sua história gestacional era precária, possivelmente devido à falta de compreensão ou conhecimento sobre a situação, refletida no seu cartão da gestante vazio devido ao baixo número de

consultas pré-natais realizadas e à limitada atuação dos serviços de saúde em sua cidade natal. Em segundo lugar, a dinâmica de gênero apresentou um desafio adicional. A consulta era conduzida por profissionais do sexo masculino para uma criança gestante, amplificando o desconforto e contribuindo para a incompreensão das realidades em múltiplos âmbitos. Consideramos que, diante desses desafios, buscar orientação especializada teria sido mais apropriado para garantir uma abordagem mais eficaz e sensível diante da complexidade do caso. Consideramos que, diante desses desafios, buscar orientação especializada teria sido mais apropriado para garantir uma abordagem mais eficaz e sensível diante da complexidade do caso.

Portanto, escolhemos esse momento por acreditarmos ser uma situação muito difícil do ponto de vista ético, além de apresentar uma extrema necessidade de conhecimento por parte do médico acerca das maneiras de como lidar com uma paciente vulnerável, visto que uma imprudência possa ocasionar maiores dificuldades no auxílio e na relação médico-paciente. Na consulta percebemos alguns comportamentos típicos de violência sexual, como gravidezes indesejáveis múltiplas, dor ou condições crônicas inexplicáveis, questões emocionais contínuas, como estresse, ansiedade ou depressão e pensamentos planos (WHO, 2019). Nessas condições, cabe a realização da consulta de forma coerente com a ética médica bem como a discussão do caso com a equipe multidisciplinar para averiguar as suspeitas e tomar as medidas necessárias, quais sejam: denunciar às autoridades competentes, preencher a ficha de notificação obrigatória e oferecer a condução clínica direcionada para vítimas de violência sexual (EGRY; APOSTÓLICO; MORAIS, 2018).

Diante do exposto, refletimos a necessidade e importância de termos conhecimento técnico, humanístico, ético e legais para reconhecer, acolher e manejar adolescentes em situações de violência. Julgamos imprescindível aprender melhor sobre como conversar e questionar sobre questões tão íntimas com uma criança ou adolescente, tal como descrito anteriormente. Como falar sobre sexualidade, relação sexual, como questionar sobre o pai do bebê sem que isso gerasse grande desconforto para a paciente. Além disso, também é bastante válido aprender como o médico deve oferecer conforto e confiança para os pacientes, principalmente diante dessa situação, e como se comunicar da maneira mais ética e natural possível. Sendo assim, é extremamente necessário, o treinamento do profissional sobre como evitar a revitimização do paciente e sobre quais protocolos devem ser seguidos, quais leis devem servir de orientação e sobre qual área profissional acionar para promover o cuidado integral do paciente.

Podemos então concluir que o ensino da medicina tem evoluído e demonstrado preocupação para além das patologias, fazendo com que a relação médico-paciente também progrida nesse sentido, ou seja, de compreender as pessoas para além da doença, mas como sujeitos sociais, onde a saúde é vista como parte desse ambiente social e onde também os fatores sociais de saúde influenciam no processo de saúde/adoecimento (Goulart; Chiari, 2010). Com esse olhar integral, podemos observar, acolher e diagnosticar situações como essa relatada no presente trabalho e tomar as medidas necessárias para assegurar a dignidade da pessoa humana, a saúde e a qualidade de vida da paciente, e não apenas acompanhar/tratar uma gestação de alto risco em uma adolescente.

REFERÊNCIAS

[1] PAIVA, Cristiane de; ZAHER, Vera Lucia. Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. Saúde, Ética & Justiça, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 12, 7 jun. 2012. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). Disponível em: https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/45886. Acesso em: 22 out. 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v17i1p12-20.

[2] BOMFIM, Vitoria Vilas Boas da Silva et al. Abordagem médica frente à criança vítima de violência sexual. Research, Society And Development, [S.L.], v. 11, n. 11, p. 1-7, 26 ago. 2022. Research, Society and Development. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33397. Acesso em: 22 out. 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33397.

[3] GURGEL, M. G. I. et al.. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 12, n. 4, p. 800–806, dez. 2008.

[4] EGRY, Emiko Yoshikawa; APOSTOLICO, Maíra Rosa; MORAIS, Teresa Christine Pereira. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/. Acesso em: 22 out. 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017.

[5] GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/CT9XdBbVbctpmwzLjRLxm3q/. Acesso em: 22 out. 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000100031.

CAPÍTULO 05

O primeiro atendimento ambulatorial: a ambivalência do lugar ocupado pelo estudante de medicina

Wellington Silveira de Almeida[1], Jaqueline de Santana Vasques Melo[2], Isabela de Santana Vasques Melo[3]

A formação médica de excelência, sob a ótica contemporânea das normativas e diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina (MEC, 2014), preconiza, além do conhecimento técnico, a promoção de um preparo mais geral, humanista e crítico com o desenvolvimento de habilidades e competências para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana e saúde integral da população. Nessa perspectiva, a inserção em múltiplos cenários de práticas interdisciplinares é fundamental, uma vez que possibilita ao estudante a vivência de diferentes ambiências de ensino e aprendizagem, a problematização da conjuntura de saúde e, principalmente, a aproximação às realidades da prática profissional desde o início do curso, estimulando mudanças de postura, em um processo de constante (re)construção de condutas e racionalidades da profissão médica.

Nesse contexto, o atendimento do primeiro paciente pelos acadêmicos de medicina, especificamente, é uma situação emocionalmente intensa e que provoca angústia pela ambiguidade do lugar que lhes é conferido: um lugar de potência, já que são investidos de um saber; mas também um lugar de aprendizes, daqueles que ainda pouco sabem de seu ofício (LUCCHESE et al., 2009).

Objetiva-se refletir sobre a vivência de acadêmicos do curso de Medicina, durante atividade prática da disciplina Saúde Individual IV, no ambulatório de pediatria, acompanhados da preceptora do componente. Trata-se de uma narrativa dialógica realizada por meio de análise crítico-reflexiva transversal e qualitativa, baseada em um relato de experiência.

No quarto período do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), inicia-se, como parte integrante das atividades curriculares do módulo de Saúde Individual IV, o atendimento à população pediátrica. Nesse contexto, apesar do contato com o cenário clínico hospitalar desde os primeiros períodos do curso, é por meio do ambulatório de pediatria que nós, alunos da graduação, aos nos depararmos com os nossos primeiros pacientes, vivenciamos pela primeira vez a relação médico-paciente de uma forma mais intensa e vívida.

Nessa perspectiva, busca-se refletir a vivência do primeiro atendimento no ambulatório de puericultura, definida como o "conjunto de ações pediátricas de monitoramento de situações da rotina que resultam em estratégias de promoção da saúde

[1] Discente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.
[2] Discente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.
[3] Discente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

e prevenção de doenças" (SBP, 2017, p. 80), diante da ambivalência de sentimentos evocados e de suas potencialidades formativas. Diante de tal cenário, quais habilidades poderíamos desenvolver ao longo do curso ou quais conceitos poderiam ser melhor trabalhados com o objetivo de melhor lidar com as novas realidades e responsabilidades e todos os desafios inerentes a esse processo formativo de promoção do cuidado?

Para a dinâmica dos atendimentos, fomos divididos em trios. A atuação com colegas permitiu amenizar, de certo modo, os anseios suscitados diante da nova experiência, reforçando a importância do trabalho em equipe, cujo principal objetivo é melhorar os desfechos no cuidado ao paciente (CHAKR, 2021). Outras vantagens trazidas pelo trabalho em equipe na atividade foram a transferência de conhecimento técnico, o compartilhamento de informações e o aperfeiçoamento nas tomadas de decisão. Ademais, a formação e intensificação de relações interpessoais positivas dentro da equipe contribuíram para melhorar o nosso desempenho nos atendimentos e diminuir sentimentos de insegurança e ansiedade diante da ainda reduzida propriedade e assiduidade em temáticas da área, haja vista o fortalecimento das potencialidades e o suporte aos pontos fracos de cada um.

O nosso primeiro paciente foi um lactente menor de seis meses com história pregressa de choro prolongado e recorrente, com um possível diagnóstico de cólica do lactente. Na revisão dos sistemas, o aparecimento de manchas esbranquiçadas, há cerca de um mês, na região do pescoço e nas laterais do dorso, era motivo de intensa preocupação da mãe. O histórico familiar de tireoidite de Hashimoto era motivo de angústia e ansiedade. Diante de tal situação e de um quadro clínico novo para nós, do qual desconhecíamos, a princípio, a fisiopatologia e as características sindrômicas, reforçou o nosso lugar de aprendizes, levando-nos a reconhecer, a partir do exercício da virtude da humildade, as nossas limitações e a anotar as queixas e as dúvidas para serem sanadas posteriormente com a preceptora. Nesse sentido, se deparar diante de algo novo, nos instigou a buscar um aprendizado ativo e dinâmico em artigos e livros de pediatria, para que, nas próximas consultas do lactente, pudéssemos conduzir melhor a anamnese, refletindo o nosso compromisso, enquanto médicos, com a competência profissional (ABIM Foundation et al., 2002), isto é, com a aprendizagem contínua ao longo da vida e a responsabilidade por manter o conhecimento médico e as habilidades clínicas e de equipe necessárias para a prestação de cuidados de qualidade.

> IV - Compete ao estudante aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico e de sua formação em benefício dos pacientes e da sociedade (Código de Ética do Estudante de Medicina, 2018, p. 15).

De acordo com o Tratado de Pediatria (SBP, 2017), a anamnese pediátrica deve iniciar com perguntas gerais facilitadoras sobre o pré-natal e o parto, os primeiros dias de vida do recém-nascido, os antecedentes familiares, entre outros, já que nos ajudam a embasar o raciocínio clínico e a compreender possíveis consequências para o desenvolvimento da criança. Com o decorrer da entrevista, as perguntas tornam-se cada vez mais específicas, com questões mais pertinentes a cada faixa etária, sendo importante questionar sobre o padrão de sono, principais marcos do desenvolvimento, alimentação e hábito intestinal. É essencial, portanto, correlacionar teoria e prática e identificar, na memória, informações de manuais, protocolos e diretrizes, sobre o que é esperado para a idade de cada paciente, sempre individualizando o paciente sob os nossos cuidados.

Assim, na medida que a mãe expõe suas preocupações e confia na capacidade de orientação do estudante, observamos o lugar de potência, pelo saber que somos investidos, que passamos a ocupar e entendemos a importância de doar-se ao paciente, compreender, ser e sentir-se capaz de orientar e promover o cuidado. Nesse contexto, destaca-se a figura do preceptor, enquanto responsável por nos guiar na construção de um aprendizado dinâmico, ativo e processual, no qual assumimos o papel de protagonistas, sendo fundamental na segurança que aos poucos desenvolvemos nos conteúdos e nas habilidades pertinentes à propedêutica pediátrica que devemos obter e aperfeiçoar ao longo do semestre e do curso médico como um todo.

Posteriormente, a consulta seguiu com a passagem do caso para a preceptora e a realização do exame físico, nesse momento por ela conduzida. O contato com essa avaliação, anteriormente observada e executada por nós somente em adultos, gerou insegurança dadas as suas peculiaridades, afinal o bebê parecia aos nossos olhos uma figura frágil. E mais uma vez a meticulosidade que deve ser apresentada na aferição do perímetro cefálico, do comprimento e até na pesagem, conforme critérios preconizados pelo Tratado de Pediatria (SBP, 2017), nos mostrou a responsabilidade e a honestidade que devemos ter quanto às inseguranças e à falta de familiaridade com a prática que, por hora, possuímos, permitindo, a partir da experiência do preceptor e da prática constante, aprender técnicas para a realização do exame físico para além do que está descrito em livros e manuais, como o respeito e a prudência. As virtudes são, nesse sentido, vivenciadas em todo momento da relação médico-paciente.

Ao fim do atendimento, munidos de todos os aprendizados adquiridos na vivência, foi o momento de orientar os responsáveis acerca da prevenção de acidentes, da atualização de imunizações, da importância da manutenção do estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor, da construção de hábitos alimentares e de higiene saudáveis e da prescrição de medicamentos profiláticos e terapêuticos. Nesse contexto, a empatia e a escuta ativa se mostram essenciais, já que muitas das queixas apresentadas durante a consulta, como choro intenso, dificuldades na amamentação, pré-concepções sobre a vacinação e suas reações adversas, são aspectos que, apesar de não delimitarem nenhuma patologia em si, são preocupações constantes de uma família que acabou de receber um novo membro e possui inseguranças em relação ao seu cuidado, devendo, pois, serem consideradas e integradas na elaboração de um plano terapêutico conjunto, criando uma relação de confiança e uma parceria efetiva com a família. Em pediatria, a comunicação é, desse modo, extremamente importante, porque, muitas vezes, os pais chegam à consulta com muita ansiedade, decorrente de fantasias de culpa e sensação de terem negligenciado os cuidados com o filho. A linguagem não verbal e a postura durante toda a consulta constituem, pois, elementos importantes na transmissão de credibilidade e profissionalismo. Ademais, nessa nova realidade, hábitos são constantemente construídos e o estudante, como agente de promoção do cuidado, apresenta papel central no desenvolvimento desse processo de salutogênese de forma inclusiva e recreativa e não incriminatória, de modo a integrar e valorizar conhecimentos de todos envolvidos, em um contínuo “aprender-reaprendendo”, ou seja, a experiência de troca entre o dizer e o escutar as palavras do outro (FREIRE, 1987).

Desse modo, começamos a vivenciar, na prática, as responsabilidades e os deveres intrínsecos à profissão médica, uma vez que, agora, somos conduzidos a assimilar, a partir de uma anamnese minuciosa, de um exame físico de qualidade e de um registro adequado no prontuário, as sutilezas das narrativas produzidas nos encontros clínicos, na articulação de um diagnóstico e na proposição de condutas e de orientações para a prática

do cuidado. Assim, constitui-se uma realidade desafiadora, especialmente se tratando de uma família que passa por um processo de angústia e preocupação, marcado pela vulnerabilidade de uma criança que vivencia um processo de adoecimento; o desenvolvimento da linguagem, das habilidades motoras e neuropsíquicas e da habitação do organismo da criança ao meio é fonte de insegurança e preocupação para os responsáveis. Por conseguinte, oportuniza-se reiterar, de modo prático e processual, a responsabilidade, em parte, do discente por uma formação médica de qualidade, buscando sempre se manter atualizado sobre os conhecimentos da área, além da aplicabilidade de competências, atitudes e habilidades, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (STEWART et al., 2017), a partir do reconhecimento da importância de se subjetivar a experiência da doença, a qual é única, singular e contextual, para a prática de uma propedêutica competente e do cuidado integral.

Nesse contexto, em consonância com as diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina, tivemos a oportunidade de exercitar e aprimorar alguns atributos especialmente valorizados e intrínsecos à prática médica, como a responsabilidade, a paciência, a empatia, a humildade, o autoconhecimento, a sabedoria, a capacidade de tomar decisões e compartilhar conhecimentos. Com isso, pode-se ampliar a percepção do "ser" e "agir" inerentes à prática profissional da medicina e da "arte de curar" (*mederi*), a qual extrapola aspectos estritamente biomédicos, englobando a ampliação do diálogo nas relações de cuidado pela incorporação do acolhimento, da sensibilidade, da escuta terapêutica e da subjetivação do processo saúde-adoecimento-cuidado (PAES, 2016). Toda equipe passa por momentos de adversidade, que podem ser exemplificados pelo atendimento de um caso complexo e desafiador. Diante disso, o trabalho colaborativo se torna ainda mais essencial e a integridade da equipe se revela, uma vez que nunca saberemos tudo sobre a Medicina, dada sua abrangência e complexidade.

Após as nossas reflexões e a busca por respostas à situação vivenciada, nos sentimos mais amparados e mais confiantes na condução de atendimentos no ambulatório de pediatria. Para nós, a experiência relatada na presente narrativa foi enriquecedora e nos trouxe amadurecimento para refletir e encontrar alternativas aos problemas que iremos vivenciar em nosso cotidiano como futuros médicos e enxergar as adversidades em outras perspectivas, reconhecendo sempre o nosso papel de eternos aprendizes.

A atividade em questão permitiu reforçar a importância de vivências práticas e das reflexões crítico-reflexivas a elas inerentes no processo de formação médica. Nessa perspectiva, a implementação de práticas interdisciplinares que possibilitem a nós estudantes a vivência em diferentes cenários de ensino e aprendizagem e, principalmente, a aproximação das realidades da prática profissional de um médico desde o início do curso, permite articular um movimento muito efetivo e pertinente de ação-reflexão-ação, através da integração ensino-serviço-comunidade (BATISTA et al., 2008).

Realmente foi um aprendizado gratificante que envolveu, de uma forma prazerosa, todos os alunos, permitindo abordar e desenvolver habilidades e competências críticas e reflexivas de uma forma dinâmica e interativa acerca de uma experiência ímpar na formação médica: o primeiro atendimento.

REFERÊNCIAS

[1] LUCCHESE, A. C.; ABUD, C. C; DE MARCO, M. A. Transferências na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 33(4): 644-647; 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400015>. Acesso em: 06 out. 2023.

[2] CHAKR, V. C. B. G. Trabalho em equipe na área da saúde. **Clin. Biomed. Res**. 41(3): 254-258; 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/111467/pdf>. Acesso em: 08 out. 2023.

[3] ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. **Ann Intern Med.** 2002 Feb 5;136(3):243-6. DOI: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012. Acesso em: 08 out. 2023.

[4] BRASIL. **Código de Ética do Estudante de Medicina.** Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

[5] SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de Pediatria**. 4. ed. - Barueri, SP: Manole, 2017.

[6] FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

[7] STEWART, M; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; McWHINNEY, I.R.; McWILLIAM, C.L.; FREEMAN, T.R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

[8] BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

[9] PAES, C. C. D. C.; PAIXÃO, A. N. P. A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. **REVASF**, Petrolina-PE, vol. 6, n.11, p. 80-90, dez. 2016. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/38>. Acesso em: 15 out. 2023.

[10] BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A prática como eixo de aprendizagem na graduação médica. São Paulo: Editora Unifesp, 2008, pp. 101-115, ISBN 978- 85-61673-66-6, **SciELO Books**. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-06.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

CAPÍTULO

06 Medicina centrada na pessoa e o paciente fragilizado

Amanda Borges Rufino Cruz[1], Ana Luiza Rodrigues Franco Junqueira[2], Karina Oliveira Barbosa[3]

Conforme abordado por Stewart *et al.* (2017), o método clínico centrado na pessoa é um modelo de atendimento médico que valoriza o paciente e o enxerga de forma integral, indo além da doença, o que permite ao profissional de saúde tornar o tratamento individualizado e com protagonismo do paciente.

Ele é composto por quatro componentes abordados por Stewart *et al.* (2017), sendo o primeiro a diferenciação da doença do ponto de vista médico das percepções subjetivas que o paciente tem dessa enfermidade. Já o segundo componente é o entendimento do indivíduo como um todo, enquanto os dois últimos se convergem para o engajamento do paciente no tratamento. Portanto, enxergar o paciente como um ser humano que vai além da doença é o pontapé inicial para a aplicação do método clínico centrado na pessoa.

A presente narrativa reflexiva foi construída a partir de uma visita feita, em 2022, à enfermaria de Oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no segundo período do curso de Medicina durante a aula do módulo de Semiologia. Nessa visita, as estudantes foram estimuladas a refletir sobre a situação e buscar referências para saberem lidar com eventos similares.

Já no quarto período do curso de Medicina, foi proposta uma atividade reflexiva sobre uma situação pela qual os alunos tivessem passado com pacientes e que os marcaram de alguma forma. Tendo lembrando da situação vivenciada no segundo período, as alunas decidiram construir a sua narrativa baseada nessa experiência e, após a finalização do trabalho acadêmico, surgiu a oportunidade de ser convertido a um relato de experiência para publicação.

Diante da importância para os estudantes de Medicina de aprender o Método Centrado na Pessoa e outros conceitos importantes descritos por Hughes e Kerr (2000) como a transferência e a contratransferência para que os apliquem em seu futuro profissional e tenham um bom desempenho, foi decidido que a experiência seria convertida a um relato. Por fim, é válido ressaltar que os aspectos éticos foram seguidos ao ser preservada a identidade da paciente, sendo que, em nenhum momento, foram revelados dados pessoais.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

O 2° período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia comporta o módulo de Semiologia I, quando temos a oportunidade de frequentar o hospital e aprender a desenvolver um bom raciocínio clínico para fazer diagnósticos adequados a partir da anamnese e exame físico. O caso apresentado é uma experiência vivenciada durante uma aula de Semiologia na enfermaria da Oncologia, onde estávamos diante de uma jovem com tumor em membro inferior.

Inicialmente, a paciente relatou a história da sua doença e como a entendia. Já no exame físico, experenciamos algo inesperado: ela não sentia quando tocávamos a agulha em sua perna – o que sugere falta de sensibilidade - mesmo após a repetição do teste. Diante de nossa surpresa, logo a paciente percebeu que algo estava errado, começou a ficar em pânico e a lacrimejar. Nós três, jovens estudantes de Medicina, não soubemos como agir, então decidimos procurar o preceptor para contornar a situação. Assim que ele realizou o exame, detectou o mesmo: a paciente não tinha sensibilidade dolorosa no membro afetado pelo tumor. Diferente de nós, ele segurou a mão da paciente e disse: “Fica tranquila, isso é normal no seu quadro e não indica que precisaremos amputar sua perna. Fique firme que você tem dois filhos te esperando em casa.” Ela ficou mais tranquila e logo parou de chorar, dizendo: “Então não vai precisar cortar a perna não, doutor?”. O preceptor confirmou que não.

Assim, selecionamos esse momento pois foi um dos mais marcantes até agora no curso devido a nossa falta de reação. Chegamos a nos indagar sobre como lidar com situações semelhantes e percebemos a importância de aprender com os profissionais já formados para estabelecer boa relação médico-paciente, concluindo que seria relevante aprofundarmos no tema.

Com buscas na literatura, encontramos artigos que versam sobre como lidar com pacientes que choram durante a consulta. Nesse contexto, segundo Santos *et al.* (2022), no artigo intitulado “Quando o paciente chora na consulta: a experiência de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade”, há técnicas que os médicos experientes usam para lidar com pacientes nessa situação, como comunicação efetiva. Outro ponto que nos marcou durante as leituras foi o relato de alguns médicos que choravam junto ao paciente, o que faz lembrar o processo de transferência descrito por Hughes e Kerr (2000), posto que, em muitos casos, o médico, tal como os autores descrevem ocorrer com o psicanalista, sensibiliza-se com o choro do paciente por já ter estado ou visto alguém próximo em situação similar. Uma de nós, inclusive, recordou-se, nessa situação, de sua avó quando recebeu um difícil diagnóstico. Nesse episódio, a neta se sentiu impactada, de forma que permaneceu triste por alguns dias depois do ocorrido, tendo refletido a história da avó na paciente.

Após nossas buscas na literatura, entendemos que a empatia é fundamental para lidar com pacientes que choram. Concluímos que evoluímos com os professores por meio do “currículo oculto” descrito por Santos *et al.* (2020), o qual provém de relações estabelecidas entre professores e alunos que extrapolam o currículo formal e fazem os aprendizes incorporarem técnicas similares aos de seus mestres devido à convivência, aspecto que, no nosso caso, foi positivo para a aquisição de empatia para lidar com o paciente.

Compreendemos que a Medicina centrada na pessoa vem crescendo e é crucial a sua aplicação nas consultas, especialmente com pacientes como os oncológicos. Ademais, é válido ainda destacar a importância de isso vir associado ao manejo de processos que

lembram a transferência e contratransferência, os quais podem ser potencializadas pelo método clínico centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

[1] HUGHES, Patricia; KERR, Ian. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. **Advances In Psychiatric Treatment**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 57-64, jan. 2000. Cambridge University Press (CUP). http://dx.doi.org/10.1192/apt.6.1.57.

[2] SANTOS, Marcia Cristina Lemos dos et al. Quando o paciente chora na consulta: a experiência de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 1-11, Não é um mês valido! 2022.

[3] SANTOS, Victor Hugo dos et al. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, n. , p. 1-17, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/interface.190572.

[4] STEWART, Moira et al. **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CAPÍTULO

07

Observando os princípios bioéticos no cotidiano de um estudante de medicina

Bruna Marciano Teixeira[1], Henrique Ferreira Freitas[2], Pedro Ribeiro Borges[3]

Os princípios bioéticos estão no nosso cotidiano seja como estudantes de medicina ou como futuros médicos, sendo assim faz- se necessário que sempre que nos depararmos com situações as quais seja possível observarmos algum princípio, refletirmos sobre ele e também sobre a boa conduta no atendimento médico (SALOMÃO,2021).

Desse modo essa narrativa tem como objetivo levar os leitores a reflexões acerca de momentos vividos por um estudante de medicina, quando ele se tornou um paciente e também se questionou sobre os princípios bioéticos que ele observou durante sua internação.

A elaboração desta narrativa reflexiva foi pautada em uma experiência vivenciada por um estudante do grupo, o qual se dispôs a relatar o caso para que a reflexão pudesse ser construída. A experiência propriamente dita ocorreu em maio de 2023, durante as aulas de Semiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Dessa forma, o ocorrido serviu como uma ação interventiva para que nós estudantes pudéssemos refletir sobre os princípios bioéticos inerentes ao principialismo (SALOMÃO,2021), sobretudo no que tange ao princípio da autonomia do paciente. Por ser uma atividade meramente de observação, o cuidado ético tomado durante a realização desta atividade foi assegurar que o colega do grupo que vivenciou o ocorrido autorizasse a publicação deste relato.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia possui um currículo renovado que propõe a inserção do aluno nos hospitais desde os primeiros períodos. Nesse sentido, no 3º período do curso, durante uma aula prática no hospital, um dos nossos colegas teve uma vivência que lhe permitiu refletir sobre dilemas éticos que frequentemente discutimos nas aulas do eixo Atividade Sensoriais Reflexivas e Formativas IV, como o princípio da autonomia do paciente, o que nos fez refletir sobre qual o limite desse princípio e refletir também sobre a boa conduta durante um atendimento médico (SALOMÃO, 2021).

Nós estávamos realizando atividades práticas de Semiologia na enfermaria da clínica médica do hospital da faculdade. Normalmente esse é o local escolhido pelos professores para a realização de visitas em leitos para discussão de casos clínicos. Nesse dia em questão, ficamos bastante tempo em pé aguardando um determinado paciente,

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

pois quando chegamos ele estava tomando banho. Logo após cerca de 30 minutos, tivemos a oportunidade de entrar no quarto e conversar com ele.

Infelizmente, esse dia estava bastante quente e um dos nossos colegas começou a se sentir mal por estar em pé por tanto tempo, com calor e desidratado. Seu mal-estar começou com uma espécie de fraqueza seguida de visão turva. Quando se deu conta que não estava bem, decidiu se retirar da sala onde estava o leito para procurar uma cadeira para se sentar na recepção do setor. Entretanto, ao sair, não conseguiu chegar até lá, pois teve uma queda de pressão momentânea que lhe fez desmaiar ainda no corredor. Assim, caiu e bateu a cabeça na parede, ficando desacordado por alguns instantes.

Foi logo socorrido pela equipe do setor, que prontamente tomou as providências necessárias de primeiros socorros. Então, a professora de semiologia foi avisada que seu aluno passou mal, o que a fez interromper a aula para acompanhar o estudante. Normalmente, quando os estudantes passam mal durante as aulas práticas, muitos deles melhoram e voltam para suas casas. Porém, a professora que o acompanhou decidiu interná-lo pela possibilidade de ele ter sofrido um trauma cranioencefálico, o que precisava ser investigado, além de investigar o motivo da síncope.

Assim como a professora, os demais estudantes tiveram uma atitude solidária com o estudante, pois muitos se propuseram a acompanhá-lo, cuidar de seus materiais e avisar seus familiares sobre o ocorrido. Esse mesmo cuidado com o colega reflete uma empatia que deve ser praticada no dia a dia dos profissionais de saúde, pois infelizmente vemos o oposto na prática médica, o que mostra a necessidade de discutirmos a boa conduta médica no eixo Atividade Sensoriais Reflexivas e Formativas IV do nosso curso (MARQUES, 2023).

Segundo nosso colega, o atendimento que ele recebeu no hospital foi bom, pois embora a unidade estivesse quase sempre lotada, em pouco tempo conseguiu uma vaga para ser atendido. Dessa forma, foi internado no pronto socorro do hospital. Recebeu todos os cuidados necessários, inclusive da professora que o acompanhava. No entanto, no quarto em que estava, vivenciou duas situações dignas de discussão e de reflexão ética.

A primeira delas foi um caso que ocorreu com o paciente ao lado do nosso colega. Esse paciente havia sofrido um infarto agudo do miocárdio e, inconsciente, foi levado para o hospital. Ele acordou na unidade muito inquieto, pois não queria estar no hospital. Estava bastante insatisfeito por estar lá e começou a pedir para ir embora. No entanto, a equipe informou seu quadro e a necessidade de restrição devido ao risco de queda que ele possuía, o que lhe fez ficar ainda mais irritado.

Passando alguns minutos, ele solicitou a equipe de enfermagem que retirasse todos os equipamentos acessórios para que ele pudesse ir ao banheiro, como fios de eletrocardiograma, acesso venoso periférico e oxímetro de pulso, mas a equipe de enfermagem não permitiu devido a restrição do seu quadro e lhe ofereceu colocá-lo uma fralda ou urinar em uma sacola plástica. O paciente sentiu-se extremamente ofendido e novamente começou a ficar irritado e insatisfeito por não querer estar naquele local.

Dessa forma, decidiu retirar por conta própria todos os equipamentos acessórios do seu corpo, levantou-se e dirigiu-se à saída. No entanto, teve uma queda no caminho e foi logo trazido de volta ao leito. Por estar nervoso e conversando em um tom agressivo, a equipe decidiu amarrar o paciente no leito para que ele não se levantasse novamente, o que lhe fez ficar ainda mais irritado até começar a gritar. Diante da atitude do paciente, os enfermeiros começaram a gritar com ele em resposta e, para encerrar a discussão,

decidiram administrar uma droga tranquilizante que lhe fizeram dormir. Toda essa cena foi assistida e relatada pelo nosso colega.

Diante do cenário, o estudante assistindo toda aquela cena começou a refletir sobre o princípio da autonomia do paciente, pois havia aprendido no eixo Atividade Sensoriais Reflexivas e Formativas IV que o paciente tem o direito de consentir ou recusar tratamentos, procedimentos médicos e intervenções com base em seu entendimento das informações fornecidas. Todavia, esse parecia ser um dilema ético, pois o quadro do paciente era grave e talvez ele poderia estar psicologicamente alterado, o que lhe pudesse fazer tomar decisões irracionais, como recusar ajuda médica, porém o dilema ético demanda uma decisão, ou seja, por isso que a equipe decidiu impor o tratamento, pois era uma situação emergencial em que não haveria tempo hábil para discutir se ele tinha ou não condições de decidir por si próprio naquele momento.

A outra questão que deixou nosso colega pensativo foi que, ao longo da discussão do seu caso pela equipe médica, surgiram algumas hipóteses diagnósticas para explicar o motivo da sua síncope, pois ao exame inicial havia uma pequena alteração no traçado das ondas eletrocardiográficas do seu coração. Dessa forma, nesse período de aproximadamente 2 dias internado para investigação, foram realizados uma série de exames, como repetidos eletrocardiogramas, vários exames de sangue e ecocardiograma.

Em cada exame realizado, surgia uma hipótese diagnóstica diferente e cada vez pior, o que fez o estudante ficar progressivamente angustiado, pois há pouco tempo estava tudo bem com sua saúde, mas, de repente, teria sua vida completamente mudada com uma possível doença cardíaca que teria que conviver pelo resto da vida. O prognóstico de cada hipótese não era nada bom, o que lhe fazia refletir sobre o que iria fazer de agora em diante: se iria conseguir terminar a faculdade de Medicina? se iria viver pouco tempo? Se conseguiria ter filhos? Se teria uma vida normal ou cheia de limitações etc.

Por fim, felizmente, outros especialistas analisaram seus exames e concluíram que as alterações observadas, embora raras, são fisiológicas e não representam risco para as hipóteses diagnósticas levantadas. Mais uma vez foi como se a vida do nosso colega tivesse mudado da noite para o dia, pois todo aquele sentimento de angústia e medo sobre a incerteza do futuro foram substituídos por sentimento de alívio e gratidão por estar tudo bem.

Dessa forma, essa última experiência lhe fez refletir sobre a necessidade ou não de discutir hipóteses diagnósticas na frente do paciente, pois talvez não seria mentalmente saudável para o paciente se imaginar convivendo com doenças que ele não possui. É importante ressaltar que, o paciente deve ser informado do seu real quadro e que nenhuma informação deve ser omitida. No entanto, a questão levantada foi se havia a necessidade de discutir as hipóteses diagnósticas na frente do paciente, pois elas não necessariamente seriam seu diagnóstico final, o qual por sua vez não deve de maneira nenhuma ser omitido. Além disso, nosso colega sentiu empatia pelos seus futuros pacientes, pois teve a oportunidade de estar no lugar das pessoas que um dia ele irá atender, de forma a realmente sentir o que seus pacientes sentirão e entender seus sentimentos ao lidar com o processo de saúde-adoecimento (COSTA, 2010).

Portanto, o princípio da beneficência e não maleficência devem ser respeitados, pois o paciente deve sim ser informado do seu real diagnóstico final para que possa tomar a decisão de aderir ou não determinado tratamento. No entanto, diante do dilema ético discutido, com essas duas reflexões vivenciadas pelo nosso colega, concluímos algumas considerações. A primeira delas é que em determinadas situações, alguns pacientes

podem estar sofrendo de transtornos que lhe façam tomar decisões irracionais que não tomariam em um estado de saúde mental ou emocional normal, como rejeitar socorro médico em situações de urgência. A outra conclusão que tivemos é que discutir o caso de um paciente longe dele e depois informá-lo sobre seu diagnóstico final pode ser mais saudável para seu estado emocional, pois assim privamos o paciente de preocupações desnecessárias e estresses evitáveis.

Fica evidente, portanto, que a questão de aprendizagem instigada pelo grupo é a conduta a ser tomada diante do dilema ético acerca do princípio da autonomia do paciente, a qual concluímos que genericamente é respeitar sua decisão, pois o paciente deve sim ser informado do seu real diagnóstico final para que possa escolher aderir ou não determinado tratamento. No entanto, diante do dilema ético discutido, com essa reflexão vivenciada pelo nosso colega, conclui-se através da literatura científica (OLIVEIRA, 2022) que a ocasião em questão configura uma exceção. Verifica-se que em algumas situações, alguns pacientes podem estar sofrendo de transtornos que lhe façam tomar decisões irracionais que não tomariam em um estado de saúde mental ou emocional normal, como rejeitar socorro médico em situações de urgência e emergência. Ademais, tais situações demandam condutas imediatas na tentativa de salvar a vida, como ocorreu com esse paciente.

REFERÊNCIAS

[1] COSTA, Fabrício Donizete; AZEVEDO, Rena Cruz Soares de. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campinas, São Paulo. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010. Acessado em 29 nov. 2023.

[2] Vizcarrondo FE. The Return of Virtue to Ethical Medical Decision Making. Linacre Q. 2012 Feb;79(1):73-80.Disponível em: doi: 10.1179/002436312803571519. Epub 2012 Feb 1. PMID: 30082961; PMCID: PMC6027080. Acessado em 29 nov. 2023.

[3] MARQUES, José Filho. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, vol. 43, Aug. 2003, pp. 238–39. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbr/a/BgzFSjFJCrGnqcK7bnRXH4j/?lang=pt.Acessado em 23 mai. 2023.

[4] Salomão, M. F., Gontijo, L. R., Nunes, L. A. R., Magalhães, F. P., Souza, J. H. K. de ., & Castro, R. P. de .. (2021). Principialismo no exercício da medicina e em processos ético-profissionais. **Revista Bioética**, 29(1), 100–106. Disponível em:https://doi.org/10.1590/1983-80422021291450 . Acessado em 29 nov. 2023.

CAPÍTULO

08 Medicina viva em ato

Simone Pereira da Silva Fraga[1], Thauane Nunes Barbosa[2], Victória Silva Marinho Socorro[3]

O aleitamento materno constitui uma prática de extrema importância para o bebê e para a mãe, pois, além de aumentar o vínculo filho-mãe, propicia benefícios para a saúde de ambos. No entanto, a amamentação não representa algo inato e simples; é necessário que existam recomendações na técnica a fim de tornar-se uma ação efetiva e não dolorosa para a mãe. Nesse sentido, o objetivo desta narrativa é elucidar como o papel da contratransferência positiva, ou seja, a emoção do profissional da saúde atribuída ao paciente, em um atendimento a uma puérpera por estudantes de medicina foi importante para auxiliar nessa etapa da amamentação.

Este estudo apresenta uma narrativa reflexiva referente ao atendimento realizado por acadêmicas do 4º período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, durante o segundo semestre de 2023. A pesquisa teve como cenário um ambulatório de puericultura no Hospital de Clínicas de Uberlândia.

O público-alvo desta narrativa reflexiva são os discentes da área da saúde, buscando oferecer reflexões e conhecimentos que possam contribuir para a formação acadêmica e prática profissional. Destaca-se que, ao longo do relato, foram adotadas medidas para preservar a identidade da paciente e de seus familiares, garantindo assim a ética e a confidencialidade no processo de divulgação dessas experiências.

No quarto período do curso de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, participamos de atividades que fazem parte do Eixo de Saúde Individual IV, as quais envolvem práticas nos ambulatórios de pediatria, onde prestamos atendimento a recém-nascidos e lactentes em consultas de puericultura no Hospital de Clínicas, a qual tem como objetivo assegura o desenvolvimento físico e mental da criança.

Nesse contexto, descrevemos uma experiência vivenciada durante uma consulta na qual estavam presentes três alunas do quarto período, uma monitora, um recém-nascido de 12 dias, a mãe e a avó materna. Durante a anamnese, a avó relatou que o pai não havia acompanhado a gestação e não havia assumido a responsabilidade pela criança até aquele momento, mesmo que ela própria havia tentado contatá-lo durante a gestação e após o parto para cobrar uma posição sobre assumir a criança. A avó mencionou ainda que o pai concordou em realizar o teste de DNA. Durante a anamnese, a mãe expressou sua dificuldade na amamentação e chegou a solicitar fórmula infantil devido à intensidade da dor e desconforto que sentia quando a criança estava no peito.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Este episódio foi selecionado, uma vez que acreditamos que seja comum na prática médica em pediatria lidar com casos complexos relacionados a conflitos familiares. Além disso, observamos que a mãe estava extremamente esgotada devido às novas rotinas de vida com o recém-nascido logo nos primeiros dias após a cesariana, e estava emocionalmente afetada pela situação com o pai da criança. Durante o relato, constatou-se que a única rede de apoio disponível era a avó materna, que também tinha suas próprias responsabilidades. Diante desse contexto, além de orientarmos verbalmente essa mãe, praticamos a empatia na relação médico-paciente por meio da escuta ativa.

Portanto, procedemos à consulta, na qual avaliamos não apenas o estado físico da criança e da família, mas também a sua situação bio-psico-sócio-cultural analisando suas emoções com nova rotina e sua relação sociais. Durante a consulta, fornecemos várias orientações, principalmente sobre a amamentação e a pega correta. Um ponto crucial desta experiência foi a assistência prática à mãe nos momentos em que o bebê chorou, indicando o desejo de mamar. Nesses momentos, ajudamos a mãe a posicionar-se adequadamente e a posicionar o recém-nascido para amamentar, visando a uma pega correta. Enfatizamos a importância de seu conforto e a ideia de que a amamentação não deveria ser dolorosa, mas sim um momento de prazer e conexão entre mãe e filho.

Na segunda ocasião em que ocorreu a amamentação, a mãe já estava mais confiante no processo, e nossa intervenção se limitou a corrigir pequenos detalhes. No final dessa segunda "mamada", a mãe expressou alívio, dizendo: "Nossa, como está diferente, não sinto mais tanto desconforto." Ela agradeceu a assistência e demonstração prática, ademais, orientamos que para eventuais dúvidas ela poderia procurar o “Banco de Leite do HC” para mais esclarecimento sobre aleitamento. Essa experiência gerou um sentimento de gratidão por proporcionar bem-estar à mãe, contribuindo para um aleitamento adequado e materializando o significado de promover a saúde, mesmo como estudantes, o que tem sido uma das motivações em nossa jornada profissional.

Assim, essa vivência destacou a importância de aprender a praticar a empatia e a "colocar a mão na massa" diariamente, não apenas falando do outro lado da mesa nas discussões de casos clínicos, mas transmitindo conhecimento ao paciente com dedicação e estimulando sua autonomia. Portanto, diante dessa experiência, reconhecemos ainda mais a importância de adquirir conhecimentos teóricos técnicos e comunicacionais, pois sem essas bases, não teríamos sido capazes de orientar corretamente sobre a pega na amamentação. Ademais, a habilidade de compreender as angústias do paciente e aplicar conhecimento teórico possibilitou uma conduta mais eficaz diante desse ser humano em busca de ajuda, como evidenciado pelo alívio expresso pela mãe após a intervenção.

Nessa perspectiva, ressalta-se a relevância das temáticas discutidas durante o processo de aprendizado, uma vez que elas nos capacitam para lidar com situações reais e com empatia. No contexto tratado, se faz de suma importância abordarmos os conceitos de transferência e contratransferência. A definição de transferência passou por diversas reformulações desde a sua conceituação original designada por Freud. O conceito de transferência trata da projeção dos sentimentos realizada pelo analisando no decorrer da análise. Já a contratransferência é o conjunto de sentimentos e emoções que o médico atribui em relação ao paciente (Manoel, 2016). Nesse contexto, podem surgir desafios que têm o potencial de interferirem de forma negativa ou positiva na relação médico-paciente.

Uma das participantes do relato está no período puerperal e em fase de lactação, e de maneira semelhante à mãe do paciente em questão, também enfrentou desafios durante o processo de amamentação. Segundo, John Locke (1689), em sua obra "Ensaio Acerca do Entendimento Humano", destacou a importância da experiência sensorial na construção do conhecimento. Segundo Locke (*Idem*), “a mente humana, no nascimento, é uma “tábula rasa", o conhecimento é adquirido por meio da observação e da experiência direta com o mundo”. Em suma, essa temática conhecida como empirismo, sustenta a importância da experiência pessoal no entendimento de certos aspectos da vida e na não naturalização de conhecimentos que são adquiridos, não inatos, essa é uma ideia que ecoa em várias filosofias, refletindo a sabedoria coletiva da humanidade sobre a importância da vivência pessoal tanto na formação do conhecimento quanto na forma do ser humano de enxergar e interpretar o mundo.

Devido à sua própria experiência com as dificuldades relacionadas ao processo de amamentação, a integrante do grupo possui uma compreensão profunda das complexidades do tema, e, nesse contexto, um processo que lembra a contratransferência teve um impacto positivo. Sua vivência pessoal permitiu-lhe despertar empatia, procurando criar um ambiente acolhedor para a mãe do paciente compartilhar suas experiências e expressar seus sentimentos com conforto. Ao conduzir as orientações, ela e as outras integrantes do grupo compartilharam com a mãe dicas e práticas comprovadas sobre amamentação, destinadas a proporcionar auxílio prático para a mãe e o bebê em suas atividades diárias.

A amamentação é um dos aspectos mais cruciais para a saúde e o desenvolvimento de um recém-nascido. O leite materno é altamente benéfico para o bebê, uma vez que representa uma fonte de alimentação rica em nutrientes e contribui significativamente para o fortalecimento do seu sistema de defesa contra infecções e outras patologias. Além disso, o leite materno também exerce um efeito protetor para a mãe. No entanto, é importante observar que a amamentação bem-sucedida pode ser prejudicada pela ocorrência de uma pega incorreta, que se configura como uma das principais causas para a interrupção precoce desse processo tão importante para o binômio mãe-bebê (WONG, 2021). Diante disso, ressalta-se a importância da orientação sobre a pega correta, um tema que deve ser abordado pelos profissionais de saúde que prestam assistência às mães, a fim de assegurar a sua continuidade e evitar a transição prematura para fórmulas infantis, simplesmente devido à falta de práticas adequadas.

Portanto, a relevância de abordar a pega correta na amamentação vai além de garantir a saúde e o bem-estar do bebê e da mãe, abrangendo também aspectos emocionais e psicológicos. A correta técnica de amamentação proporciona uma experiência mais agradável e gratificante para ambas as partes envolvidas, promovendo uma conexão emocional mais forte entre mãe e filho, pois essa orientação desempenha um papel crítico na promoção da saúde tanto da mãe quanto do bebê, além de contribuir para o desenvolvimento de uma relação de confiança e empatia com os pacientes.

Dessa forma, a experiência vivenciada durante a consulta no ambulatório de pediatria revelou não apenas desafios práticos relacionados à amamentação, mas também a complexidade das dinâmicas familiares e emocionais que permeiam a prática médica em pediatria. A atuação prática durante a consulta não se limitou à avaliação física da criança, estendendo-se à orientação e suporte emocional para a mãe. O que torna nítido a importância da empatia e da compreensão profunda das situações vivenciadas pelos pacientes, especialmente em contextos delicados como conflitos familiares.

A reflexão sobre a compreensão da integrante do grupo, que enfrentou desafios semelhantes durante a amamentação, demonstrou a importância da vivência pessoal na construção do conhecimento prático e na criação de um ambiente acolhedor para os pacientes. Evidenciando dessa forma, a relevância não apenas dos conhecimentos teóricos, mas também das habilidades comunicacionais e da capacidade de compreender as nuances emocionais presentes nas interações médico-paciente.

REFERÊNCIAS

[1] LOCKE, J. **Ensaio sobre o entendimento humano**. Trad., apresentação e notas Pe- dro Paulo Garrido Pimenta. São Paulo: Martins Fontes, 2012. Acesso em 22 out. 2023.

[2] SANTOS, Manoel Antônio dos. **A transferência na clínica psicanalística: a abordagem freudiana**. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 2, n. 2, p. 13-27, ago. 1994 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003>. Acesso em 22 out. 2023.

[3] CASTELHANO, M.L. **As emoções do médico na relação com o paciente: uma abordagem da psicologia junguiana.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15398/1/Laura%20Marques%20Castelhano.pdf>.Acesso em 08 ago. 2023.

[4] WONG, M. S.; MOU, H.; CHIEN, W. T. Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 117, p. 103874, maio 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921000067?via%3Dihub#bib0004>. Acesso em 23 ago. 2023.

CAPÍTULO

09 Empatia e manejo de emoções

Hélio Francisco Queiroz Júnior[1], José Henrique Pereira Nunes Caixeta[2], Letícia Martins Peixoto[3]

A relação médico-paciente, conforme COSTA e AZEVEDO (2010), é composta por complexos processos psicossociais que emergem entre esses dois protagonistas. O vínculo estabelecido é acompanhado mutuamente por uma troca de percepções, sentimentos e interesses, manifestados nos fenômenos conhecidos como transferência e contratransferência. Dessa forma, existem diversos fatores relacionados ao médico, ao paciente e até mesmo às circunstâncias sociais que contribuem para o desenvolvimento da relação médico-paciente. Assim, é comum relatar encontros considerados desafiadores na prática médica em virtude dos vários elementos que influenciam a construção dessa relação.

Nessa perspectiva, é importante que o médico tenha discernimento das projeções estabelecidas pelos pacientes em relação à conduta do profissional, a fim de transmitir segurança, independentemente das dificuldades surgidas no encontro. Também é importante a identificar e nomear emoções e sensações, mesmo que frequentemente desagradáveis, que surgem durante a interação, como forma de enriquecer e ampliar nossa formação médica.

Enfrentando o desafio de descrever uma situação marcante, após reflexão, decidimos compartilhar um encontro que nos marcou durante o quarto período, em Setembro de 2023. Trata-se de uma consulta no Ambulatório de Pediatria, na disciplina de Saúde Individual IV, em um atendimento de puericultura. Durante o atendimento a uma criança de 5 meses de idade, percebemos elementos físicos de baixo aporte calórico da dieta, sugerindo uma possível desnutrição. Iniciamos a consulta seguindo a orientação de nosso preceptor, mas ao abordarmos a parte da anamnese relacionada à alimentação e às condições sociais da família, identificamos uma grande vulnerabilidade financeira e alimentar.

Ao questionarmos sobre a alimentação da criança, a família relatou que o único alimento viável economicamente para eles era o leite de vaca, com o qual a criança não estava se adaptando. A mãe explicou a situação extremamente desconfortável para a criança, com vômitos e dor frequentes. Ela também mencionou estar enfrentando um quadro sugestivo de depressão, juntamente com seu marido, e demonstrou tristeza durante toda a consulta. Diante dessa situação, nos deparamos com uma realidade impactante e um conflito entre nossa expectativa de nos tornarmos cada vez mais

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

"médicos" com conhecimentos mais profundos, e a realidade de lidar não apenas com o aspecto biológico, mas também com o psicossocial das pessoas.

Ficou evidente ao longo da consulta a precariedade da situação, pois a família (composta por 5 membros) dependia exclusivamente de auxílios do Estado. A fórmula adequada para o bebê representava metade de toda a renda familiar. Nesse momento, uma profunda sensação de impotência nos invadiu. Experimentamos a dualidade entre saber o que precisa ser feito e a incapacidade de realizá-lo. Foi nesse momento que o professor sugeriu possíveis abordagens a serem adotadas. Além do encaminhamento para um gastropediatra pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para investigar a intolerância ao leite, era necessário encaminhar o caso para a Secretaria de Desenvolvimento Social da cidade, a fim de fornecer um suporte financeiro, social e habitacional de grande impacto.

Inicialmente, nos sentimos limitados, pois não sabíamos ao certo qual era a melhor abordagem a ser adotada. Contudo, seguimos as condutas recomendadas e concluímos a consulta.

Como equipe médica em formação, reconhecemos a necessidade de aprender a lidar com as emoções e aprimorar nossas habilidades de comunicação e empatia para proporcionar um cuidado mais eficaz e compassivo. Diante de tal situação, sentimos a necessidade de aprender mais sobre relação médico e paciente, empatia e controle de emoções. Para atender a essas necessidades de aprendizagem, consultamos diversas fontes, incluindo "A relação paciente-médico" de López (1997), "Managing Difficult Encounters" de Hughes e Kerr (2000), e "Princípios de Ética Biomédica" de Beauchamp e Childress (2002). Esses textos forneceram insights valiosos sobre a comunicação eficaz, a empatia e o respeito na relação médico-paciente. Essa experiência nos fez perceber que a formação médica, embora abrangente, nunca é completa, uma vez que as interações humanas apresentam uma infinidade de possibilidades. Compreendemos que cada caso exige uma busca individualizada pela abordagem médica e pelo tratamento mais eficaz, baseados na empatia e na compreensão singular da realidade única de cada paciente.

Enfrentamos a dificuldade de instrumentalizar a empatia de maneira a auxiliar em nossa atuação, em vez de atrapalhá-la. Embora os acontecimentos despertassem emoções em nós, reações inadequadas não são benéficas e podem até prejudicar nossa atuação profissional. Portanto, entendemos que nossa empatia precisava ser direcionada para buscar a melhor forma de ajudar a família diante da realidade e do contexto em que estavam inseridos.

Com isso, pudemos compreender melhor a realidade e a complexidade da vulnerabilidade social, assim como a diversidade de perfis de pacientes abrangidos pelo SUS, incluindo questões como baixa renda, como evidenciado neste caso. Essa forma de violência simbólica e material tem consequências para a saúde física e psicológica, influenciando comportamentos de insegurança, quadros d ansiedade e de depressão. Além disso, pudemos testemunhar de perto as consequências dessa situação para toda a família. Também reconhecemos a importância de abordar os contextos de vulnerabilidade para nos capacitar em atendimentos no sistema de saúde pública, bem como a importância dos serviços de saúde na identificação, notificação e formulação de políticas e práticas específicas para enfrentar e prevenir essas situações.

Portanto, além de reconhecer as emoções evocadas e usar a empatia adequadamente, compreendemos que lidar com consultas desafiadoras não é uma habilidade inata, mas algo que é adquirido e praticado. A cada experiência e a cada paciente, sentimos menos impotência e nos tornamos mais eficazes ao lidar com as

diversas situações que impactarão nossa formação acadêmica e nosso desempenho profissional. Essa capacidade adquirida envolve tanto evitar os mecanismos de transferência e contratransferência quanto demonstrar empatia, transmitir segurança e agir com determinação, ética e profissionalismo. Nesse sentido, concluímos que o exemplo de nossos preceptores é essencial para esse crescimento, pois aprendemos reflexões valiosas sobre o conhecimento teórico, além de compreender que a reflexão sobre nossos sentimentos, dificuldades e experiências é fundamental para a valorização da prática médica ("saber ser médico").

REFERÊNCIAS

[1] BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

[2] COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. **Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, jun. 2010.

[3] HUGHES, M.; KERR, I. **Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors. American Family Physician**, v. 87, n. 6, p. 419-425, 2013.

[4] LÓPEZ, M. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública,** v. 15, n. 3, p. 647-655, 1999.

CAPÍTULO

10 O momento em que o melhor procedimento médico a se fazer é não se fazer nada

Dhara Louise Campos de Assis[1], Gabriel Pereira Carísio[2], Larissa Ferreira Machado[3]

Como alunos do 4º período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), tivemos nosso início no atendimento ambulatorial com a Pediatria. Sendo nossa primeira experiência manejando uma consulta médica com pacientes com queixas reais, descobrimos novas preocupações e fizemos reflexões acerca dessas experiências.

Na grade do curso de Medicina da UFU, no componente curricular Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas do 4º período analisamos conceitos de psicologia sobre a relação médico-paciente. Entendemos que podem existir processos que desestabilizam qualquer uma das partes por remeterem a experiências pessoais de qualquer um dos lados, como vivida no nosso caso a contratransferência, que é um recalcamento de reações emocionais do analista frente às investidas do paciente (Zambelli et al, 2013), assim como estratégias para manejar a consulta caso isso aconteça. Na nossa experiência, isso ocorreu e conseguimos aplicar os conceitos aprendidos na prática. Buscamos, com a formulação desta narrativa reflexiva, apresentar um caso por nós vivenciado e a importância de uma anamnese colhida adequadamente e um exame físico bem-feito para diminuir o número de medicamentos prescritos sem necessidade. Nossa experiência foi vivida em consultas no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas – UFU, durante o semestre letivo de agosto a novembro de 2023, com o cuidado de não identificar os pacientes (mãe e filho) para protegê-los.

Certa tarde no ambulatório de pediatria, entrou nem nossa sala uma mãe com seu bebê de 2 meses. Ela relatou que a criança apresentava sintomas gripais há cerca de 2 semanas e já havia consultado na UBSF de seu bairro onde foi prescrita Amoxicilina por 7 dias, entretanto, os sintomas continuavam. Escolhemos esse caso porque a queixa é recorrente no ambulatório de pediatria, além de se conectar com a sazonalidade de troca de estações, quando os quadros de resfriado aumentam significativamente.

Colhemos uma anamnese detalhada com a mãe e, em seguida, fizemos o exame físico completo no paciente, avaliando as medidas como: comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e perímetro abdominal. Tivemos um cuidado especial na avaliação do aparelho respiratório visto o quadro de resfriado relatado pela mãe, avaliando com cautela a frequência respiratória, a ausculta pulmonar, os movimentos respiratórios e possíveis sinais de desconforto respiratório como batimento de aletas

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

nasais. Durante o exame físico, ficamos receosos se contemplamos todos os itens, sem esquecer de nenhum dado importante para o diagnóstico, porém avaliamos tudo com cautela e acreditamos que no final o resultado foi satisfatório.

Ao passar o caso para a preceptora e, após a avaliação dela, constatou-se que era um resfriado comum e o uso do antibiótico prescrito anteriormente era dispensável e poderia ser até prejudicial. Nesse contexto, o melhor e único tratamento a ser feito é medicar apenas caso o bebê tenha febre juntamente com a realização de lavagem nasal várias vezes ao dia. Percebemos que muitas vezes as mães ficam extremamente preocupadas com a saúde de seus filhos e a maioria delas acham que não administrar uma medicação é sinônimo de descaso. Pudemos refletir o quão mais cômodo é para o médico prescrever um medicamento, que nesse caso foi desnecessário, do que convencer a mãe de que, nesses casos de resfriado comum, antibióticos não são necessários. Ficamos espantados, pois sabemos que medicamentos usados de maneira indevida podem ser muito prejudiciais para a saúde, ainda mais em recém-nascidos.

Em seguida, a preceptora acalmou a mãe afirmando que o paciente apresentava um quadro de resfriado comum e que o melhor a se fazer era a lavagem nasal várias vezes ao dia e apenas medicar caso apresentasse febre. Ela também orientou a mãe a ficar atenta aos sinais de alarme como: desconforto respiratório, febre alta e persistente e bebê que não está mamando adequadamente; e que, caso isso acontecesse, os pais deveriam procurar atendimento médico novamente. Ao ouvir isso, acreditamos ter vivenciado um processo que lembra o de contratransferência, pois nos colocamos na situação em que a mãe estava e sentimos que poderia sermos nós vivendo aquela situação. Tudo que sentimos e pensamos foi compreensão: faríamos o mesmo que a mãe uma vez que tudo o que ela deseja é o bem-estar do seu filho. A contratransferência, sendo um fenômeno resultante das identificações projetivas oriundas do analisando, que provocam no analista um estado de contra identificação projetiva (Zimerman, 1999), nesse caso tornou-se proveitosa, pois suscitou em nós um melhor cuidado e uma melhor atenção ao caso, o que culminou em um raciocínio bem-feito para a denominação de um tratamento ótimo.

Além disso, fomos confrontados pela situação nos sentimos pressionados a evitar ao máximo práticas iatrogênicas em nossa posição de futuros médicos. Nesse sentido, aprendemos a ter a firmeza necessária para manter nosso posicionamento contrário ao uso de medicamentos em situações em que o tratamento farmacológico é o esperado pelo paciente, mas não é o que resolverá o problema, especialmente em um contexto como a pediatria, que possui uma relação para além do binômio médico-paciente, pois acrescenta-se a mãe/pai. Outro ponto aprendido foi identificar um processo que lembra a contratransferência e não o deixar influenciar nossa conduta, de maneira que possamos compreender que nem sempre o que os pais desejam é o melhor para seus filhos, pois os desejos baseiam-se em suas preferências individuais.

Por isso, acreditamos que devemos desde já aprender a lidar com situações que exijam esse discernimento, afinal, no futuro, seremos nós no lugar da preceptora. Por fim, a reação da mãe após a explicação dada pela doutora nos deu esperanças de que o diálogo e a confiança são as melhores formas de se vencerem possíveis conflitos. Nesse caso, a forma com que a mãe acatou as orientações e se mostrou pronta para enfrentar novas dificuldades nos deu a tranquilidade de que ela seguiria as recomendações passadas. Após a mãe agradecer as orientações, a consulta se encerrou, mas, para nós, um mundo de reflexões se abriu e, junto com isso, a certeza de que não importa o quão difícil uma situação seja, sempre conseguiremos passar por ela se nos permitirmos meditar e aprender com cada etapa do processo.

Fica, assim, evidente a extrema importância de um exame físico minucioso e a junção dele com os dados colhidos na anamnese para se chegue a um diagnóstico adequado e a prescrição de medicamentos indevidos diminua.

REFERÊNCIAS

[1] HALPERN, Jodi. Responding to the need behind the question "Doctor, if this were your child, what would you do?". **The Journal of Clinical Ethics**, v. 14, n. 1-2, p. 71-78, 2003.

[2] ZIMERMAN, David E. **Fundamentos Psicanalíticos**, p. 350, 1999.

[3] ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica**, v. 25, p. 179-195, 2013.

CAPÍTULO

11

Tecendo laços: superando desafios e construindo vínculo terapêutico

Beatriz Rizzo Parreira[1], Davi Alves Silva[2], Laura Caroline Felipe de Freitas[3]

No segundo período do curso de Medicina, somos introduzidos ao módulo de semiologia, parte das Atividades Discursivas e de Prática Laboratorial (ADPL). A semiologia médica envolve o estudo e descrição dos sinais e sintomas de doenças humanas (PORTO, 2019) e é ensinada de forma prática no Hospital de Clínicas da Universidade, com os alunos interagindo diretamente com pacientes. Nesse sentido, os estudantes são organizados em subgrupos e orientados por um preceptor, que ajuda a aplicar os conhecimentos clínicos na prática, incluindo a coleta de informações médicas, a realização de exames físicos detalhados e a elaboração de raciocínio clínico coerente. O objetivo desta narrativa é descrever a experiência e os desafios vivenciados durante a coleta de uma anamnese para o módulo de Semiotécnica II.

No dia 14/04/2023, foi realizada a abordagem de uma paciente de 65 anos no setor da Enfermaria da Clínica Médica de um hospital-escola, sendo utilizado um questionário para realização de anamnese e exame físico. Tal roteiro foi elaborado pelos próprios estudantes de medicina, que efetuaram a entrevista clínica. Tendo como base os princípios éticos, foram excluídas quaisquer identificações que expusessem a identidade e integridade da paciente em questão.

Na ocasião, a paciente selecionada apresentava queixas de “dor em aperto no pescoço e perda da consciência” há três semanas. No início da entrevista clínica, ela se mostrava reticente e relutante, respondendo de forma breve e evasiva, evidenciando desconforto. Diante disso, decidimos adiar a utilização do questionário e focamos em compreender a pessoa em vez da doença. Isso permitiu à paciente compartilhar seus medos, frustrações e ansiedades, criando um ambiente mais acolhedor para compartilhar sua história pessoal e médica. Com o tempo, a paciente se emocionou ao compartilhar sua vida e expressou interesse em continuar o questionário de forma descontraída, contribuindo para o aprendizado dos acadêmicos.

Durante a coleta da anamnese, a paciente relatou que ainda na infância foi diagnosticada com uma condição congênita rara, que se caracterizava pela ausência do pericárdio e deslocamento do coração para região póstero-lateral esquerda do tórax, mantendo acompanhamento com o cardiologista desde então. Tal patologia lhe causou vários transtornos ao longo dos anos e cursou com a ocorrência de três infartos e de uma ulceração na aorta (motivo da internação naquele momento). A paciente encontrava-se

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

apreensiva e aguardava a realização de uma complexa cirurgia, que ainda não tinha data prevista para ocorrer.

Com a finalização da coleta de dados e da realização dos exames físicos, a paciente pediu que retornássemos para acompanhar o caso e conversar sobre a discussão de sua história no módulo de semiotécnica. Verificamos, então, que um vínculo foi criado entre nós, estudantes, e a paciente, o que permitiu uma interação positiva com troca efetiva de saberes e aprendizados, tanto acadêmicos quanto referentes a experiências vividas.

Durante a internação da paciente, houve um acompanhamento regular por vários dias da semana. A paciente demonstrava entusiasmo com nossas visitas, mas sentia grande desconforto quando outros estudantes a abordavam para coletar informações sobre sua história clínica. Ela chegou a esconder e até mesmo mentir sobre suas condições para encerrar essas conversas repetitivas. No entanto, a paciente destacou que fomos os únicos que se preocuparam em conhecê-la como pessoa, indo além de sua condição médica.

Após duas semanas de internação e sem previsão para a cirurgia, a paciente recebeu alta hospitalar, momento no qual também estávamos presentes. Ela expressou sua gratidão pela atenção diferenciada e pela paciência em ouvi-la, solicitando que mantivéssemos contato quando retornasse.

Este momento foi selecionado, pois tratou-se de uma abordagem com uma paciente difícil, o que demandou a utilização de algumas técnicas relacionais para a criação de vínculo e confiança entre as partes. Uma situação como essa é comum na prática médica e é imprescindível que o profissional saiba como agir e quais intervenções utilizar em cada caso.

Durante a abordagem inicial e considerando o perceptível incômodo da paciente, ficamos indecisos sobre qual atitude tomar diante da situação. Estávamos receosos da possibilidade de transformar aquele momento em uma experiência negativa para a paciente. Naquele contexto, as opções seriam realizar a coleta da anamnese com outro paciente ou prosseguir naquele mesmo caso com uma conduta diferenciada. Decidimos, então, continuar a coleta de informações, buscando compreender o real motivo da insatisfação da paciente.

Com a definição da abordagem a ser seguida, nos deparamos com o seguinte questionamento: “Qual seria a melhor estratégia para construir uma relação de confiança com um paciente que se recusa a falar?”. Para elucidar tal questão, primeiramente, consideramos que pacientes difíceis podem apresentar uma gama de comportamentos desafiadores. Dessa forma, cabe ao profissional instituir técnicas racionais para lidar com os eventuais problemas, como a agressividade, a falta de cooperação e a desconfiança por parte do paciente. O caso que descrevemos reflete tais desafios enfrentados, em especial pelos demais colegas acadêmicos que não conseguiram estabelecer uma comunicação efetiva com a paciente em questão.

Ao analisar a experiência, identifica-se a necessidade de aprender sobre os desafios da prática médica ética em hospitais escola e como superá-los. Como estudantes de Medicina, reconhecemos que os hospitais escola não se limitam à formação profissional, mas também envolvem o acolhimento e tratamento de pacientes que são particularmente vulneráveis à iatrogenia e à restrição de sua autonomia, em comparação com outros centros de cuidado.

De acordo com Montenegro et al. (2016), uma das problemáticas mais importantes nesse contexto é a quebra de sigilo. O autor relata que pacientes internados estão frequentemente expostos a comentários sobre experiências vividas pelos profissionais dentro do próprio hospital e isso é um fator que sensibiliza a relação médico-paciente e propicia a omissão de informações importantes.

Gerken et al. (2013) ressalta a importância da comunicação eficiente com o paciente acerca de sua condição de saúde, das condutas que podem ser tomadas no seu tratamento e quais profissionais estão envolvidos nessa dinâmica. O Código de Ética Médica traz no capítulo XII, artigo 110, a afirmação de que é vedado ao médico praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Anunciação e Zamboli (2008) explicam que o hospital incorpora em sua estruturação traços do modelo organizacional e burocrático comuns às empresas, mas por lidar com a vida de pessoas, este arquétipo estrutural adquire contorno específico e, portanto, necessita incorporar e exteriorizar uma dimensão ética no sentido do compromisso com o bem-estar. Assim sendo, prover atenção individualizada no ambiente hospitalar pode ser uma prática desafiadora, mas traz inúmeros benefícios aos pacientes, que tendem a ser mais colaborativos.

Diante de toda situação vivenciada, destaca-se a importância de lidar com pacientes difíceis e a necessidade de exercitar empatia, paciência e flexibilidade. Para estabelecer uma relação eficaz com esses pacientes, é fundamental praticar a escuta ativa e demonstrar um interesse genuíno por suas histórias de vida, promovendo, assim, confiança e uma comunicação sólida.

Ficou evidente que existem grandes desafios na abordagem de pacientes não colaborativos, devendo-se utilizar técnicas em seu atendimento. Para isso, o profissional pode demonstrar respeito e compreensão, criar um ambiente acolhedor, utilizar linguagem não verbal para se aproximar do paciente e fornecer tempo e espaço para a conversa, sem julgamento. Por fim, a construção da confiança é vista como um processo gradual, e é importante demonstrar apoio ao paciente, independentemente de como ele se comunique.

REFERÊNCIAS

[1] PORTO, C.C. Semiologia Médica. 8ª ed. Rio de Janeiro. **Guanabara**, 2019.

[2] MONTENEGRO, L. C. et al. Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 3, 1 set. 2016.

[3] GERKEN, I. B. et al. Conhecimento e opinião de pacientes sobre prática docente-assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, p. 66–71, 1 mar. 2013.

[4] ANUNCIAÇÃO, A. L. DA; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Revista da Associação Médica Brasileira,** v. 54, n. 6, p. 522–528, dez. 2008.

[5] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. **Resolução nº 1.246/88.** Brasília, 2009.

CAPÍTULO

12 Experiências de estudantes de medicina diante de desafios clínicos

Eduarda Lemos Gonzaga[1], Iris Tiyono Tavares Umeda[2], Ana Clara Nogueira Cezar[3]

A bioética desempenha um papel crucial no cenário médico, representando o alicerce ético que orienta as práticas e decisões na área da saúde, por meio de um conjunto de princípios e diretrizes que auxiliam os profissionais e garantem o respeito pela dignidade e autonomia do paciente, assim como aos aspectos sociais, culturais e morais das intervenções médicas. Assim, para estudantes de Medicina, a compreensão e internalização desses princípios são essenciais, pois além de instruí-los, os sensibiliza para a importância de uma abordagem humanizada e ética no cuidado ao paciente. Dessa forma, têm-se como objetivo deste relato relacionar as experiências práticas dentro de um cenário médico com os conhecimentos teóricos adquiridos, no intuito de gerar reflexões sobre vivências comuns do meio que, por vezes, podem passar despercebidas.

Durante o 4° período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, dentro do eixo de Atividades Sensoriais, Reflexivas e Formativas (ASRF), foi proposto a confecção de uma narrativa para estimular a reflexão sobre a aplicação dos princípios bioéticos na prática médica. Destaca-se que, apesar do texto relatar o caso de uma paciente no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da UFU, o sigilo foi mantido para protegê-la contra qualquer identificação potencialmente indesejada.

No terceiro período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia imersamo-nos no módulo de Semiotécnica II no qual desenvolvemos habilidades técnicas cruciais para a prática médica como a coleta da história do paciente assim como o exame físico. Além disso, é por intermédio desse cenário que temos nossos primeiros contatos com o ambiente hospitalar e com pacientes.

Nesse sentido, o seguinte relato narra a experiência vivida em uma aula de Semiotécnica II no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia em que pudemos conhecer a paciente A., de 72 anos, internada na sala vermelha do pronto-socorro, destinada aos casos de maior complexidade. A. havia dado entrada ao hospital há 3 semanas queixando-se de palpitação associada a quadro de febre persistente, fadiga e falta de ar, sendo diagnosticada mais tarde com endocardite bacteriana. No momento da visita, a paciente se encontrava em coma induzido e, segundo os residentes presentes, estava em cuidados paliativos. Contudo, a médica preceptora expressou discordância da conduta tomada e ainda defendeu a existência de outras linhas de tratamentos alternativos, mas que foram descartados uma vez que se tratava de uma paciente idosa ocupando um leito de alta demanda em um hospital terciário. Apesar disso, a preceptora

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

ainda confessou que a situação seria diferente caso se tratasse de um familiar de um dos profissionais médicos, no qual teria a garantia de utilização de todos os recursos possíveis e demais abordagens terapêuticas para promover a sua recuperação.

Diante disso, escolhemos essa experiência uma vez que desencadeou reflexões que estarão presentes durante toda nossa vida profissional: a luta que os profissionais de saúde enfrentam quando a conduta terapêutica ideal é conhecida, mas a falta de recursos a impede. Além da percepção de impotência, que nos deixa frustrados e nos força a confrontar questões éticas difíceis: Até que medida deve-se priorizar a saúde coletiva em detrimento da saúde individual? E como seria possível garantir uma melhor e mais justa distribuição de recursos limitados?

A experiência com a paciente A. ilustra o constante dilema ético que os profissionais de saúde enfrentam ao equilibrar princípios éticos com recursos limitados. A falta de recursos impediu o fornecimento do tratamento ideal, confrontando o Código de Ética Médica (CFM, 2019) que exige que o cuidado do paciente seja priorizado, independentemente das circunstâncias. Essa situação evidencia a necessidade de garantir que, em um cenário escasso de recursos, a ética médica seja mantida. Assim, nos deparamos com um problema complexo, mas que é parte da vivência médica, na qual a ciência e a ética coexistem e se entrelaçam. Portanto, a experiência reforça a importância de constantemente revisitar e fortalecer os princípios éticos para orientar decisões em um contexto desafiador.

Ademais, a vivência mencionada destaca a influência dos processos que lembram a transferência e a transferência do analista na dinâmica médico-paciente, os quais são mecanismos psicológicos, inconscientes, que permeiam as interações clínicas (HUGHES; KERR, 2000). Assim, tem-se que a paciente A. ao buscar o serviço hospitalar, traz consigo suas experiências e perspectivas de vida, nesse sentido, pode ter buscado conforto e segurança na medicina, refletindo, possivelmente, suas conjecturas prévias. Por outro lado, a médica preceptora em questão expressa suas próprias reações e sentimentos em relação à paciente. Ao expressar sua discordância com a conduta adotada, a profissional pode estar refletindo suas próprias experiências e crenças. A compreensão desses processos psicológicos é primordial para compreender o contexto do paciente (HUGHES; KERR, 2000). Isso nos lembra que a prática médica vai além das questões puramente clínicas e que a empatia e o reconhecimento das perspectivas e experiências dos pacientes e dos médicos desempenham um papel central no cuidado de saúde.

Além disso, a situação da paciente A. exemplifica o desafio enfrentado por profissionais de saúde quando o tratamento ideal é conhecido, mas os recursos são limitados. Isso traz à tona os quatro quadrantes da ética médica de Beauchamp e Childress (2013). Nesse sentido, a autonomia, que respeita a vontade do paciente, torna-se subjugada, pois a paciente está em coma induzido e, consequentemente, incapaz de responder pela sua integridade. Em consonância a isso, tanto o princípio da beneficência, preceito que visa o melhor para o paciente, quanto o da não maleficência, que busca não causar danos, são afetados pela escassez de recursos, introduzindo dilemas éticos. Cabe ressaltar, ainda, que a virtude da justiça é desafiada, com exemplos de diferenciação de tratamento possivelmente baseada na falta de conexões pessoais no contexto descrito, bem como na desigualdade da distribuição de recursos.

Diante disso, ressalta-se a importância da inserção de componentes curriculares que enfatizem os preceitos que concernem a ética médica, bem como a empatia e o compromisso com o bem-estar do paciente. Esses aspectos não apenas moldam a

formação de médicos competentes tecnicamente, mas também constroem profissionais de saúde que compreendem a importância de tratar não apenas as doenças, mas as pessoas que as enfrentam. A ética médica guia as decisões clínicas e a relação com os pacientes, garantindo que o tratamento seja baseado em princípios morais sólidos e centrado no paciente (RIBEIRO; AMARAL, 2007). A empatia, por sua vez, permite que os médicos compreendam as experiências e preocupações dos pacientes, fortalecendo a comunicação e a confiança. O compromisso com o bem-estar do paciente é a base da prática médica centrada no paciente, assegurando que a qualidade da assistência médica seja sempre colocada em primeiro plano.

Dessa forma, a situação descrita provocou diversas emoções em nós, estudantes do curso de medicina, pois enquanto lidamos com um desejo sincero de fazer o bem, simultaneamente enfrentando a ansiedade e a sensação de impotência. Esses sentimentos são amplificados quando os recursos se tornam um obstáculo e quando somos subordinados a profissionais mais experientes, mas não necessariamente mais éticos. Essa impotência é uma das experiências mais desafiadoras para um estudante de medicina, pois confronta diretamente nossa motivação de fazer o bem e contribuir para o bem-estar dos pacientes. Ela destaca a complexidade da prática médica e nos faz perceber que o exercício da medicina pode ser limitado por fatores externos. É um lembrete de que a humildade e a perseverança são virtudes essenciais na jornada de se tornar um médico.

A situação retratada nos fez refletir sobre a verdadeira natureza da medicina, que vai além da ciência e técnica, incorporando valores éticos. É um lembrete constante de que, como profissionais de saúde, temos a responsabilidade de lutar por soluções que priorizem o melhor interesse do paciente, independentemente de fatores externos, como idade, status social ou conexões pessoais, mesmo que diante de situações de escassez. Este desafio é uma parte intrínseca do compromisso que assumimos ao escolher a profissão médica, onde a ética e a compaixão são fundamentais na jornada em direção a uma prática médica responsável e centrada no paciente.

REFERÊNCIAS

[1] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica:** Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. p. 15-16.

[2] HUGHES, Patricia; KERR, I. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. **Advances in Psychiatric Treatment**. v.6, p. 57-64, 2000.

[3] BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. New York: **Oxford University Press;** 2013.

[4] RIBEIRO, Maria; AMARAL, Carlos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica** .2007

CAPÍTULO

13 Os processos de transferência na relação médico-paciente: um dilema entre o profissionalismo médico e a humanização do cuidado

Letícia Alves de Oliveira[1], Laura de Paula Ribeiro[2], Julia Ramos Amaral[3], Daniela Cotrim Fagundes[4]

Segundo a autora Melanie Klein, a transferência consiste em uma reprodução de diversas experiências prévias internalizadas na psiquê do paciente, acompanhada por suas fantasias e anseios, sobre a figura do profissional (ZIMERMAN, 1999). No contexto da prática médica, o processo de transferência pode se fazer presente quando há uma projeção de emoções, expectativas e experiências do passado do paciente para o relacionamento atual, podendo ainda se configurar como transferência do analista ou contratransferência quando o fenômeno parte do profissional. Essas duas manifestações influenciam significativamente a relação médico-paciente, uma vez que impactam na tomada de decisões, na aderência ao tratamento, bem como no resultado do cuidado prestado.

Nessa perspectiva, a prática do profissionalismo médico - entendido como um conjunto de competências, conhecimentos científicos, valores, habilidades técnicas e raciocínio clínico que incluem a formação integral do médico - não se limita apenas ao domínio técnico da medicina, mas também envolve a habilidade de estabelecer e manter relações éticas, respeitosas e compassivas com os pacientes (FEITOSA *et. al.*, 2022). Dessa forma, a compreensão e a gestão eficaz da transferência, baseada na transparência, na comunicação aberta, na empatia e na escuta ativa - componentes-chave do profissionalismo médico -, propicia a promoção de uma relação terapêutica sólida e saudável.

É importante salientar que uma forma de desenvolver e aplicar essa prática, ainda no processo de formação dos profissionais da saúde, consiste em possibilitar que os estudantes tenham oportunidade de atender pacientes nos ambulatórios dos hospitais-escola. Nessa ótica, o aprendizado desenvolvido nas atividades do ambulatório de Pediatria, para acompanhamento da puericultura, por exemplo, configura um mecanismo de agregar, à formação acadêmica, o conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, bem como o desenvolvimento de habilidades sociocomunicativas, a partir do contato direto com o paciente. Além disso, a vivência nos cenários de prática contribui para a percepção de processos de transferência e, por conseguinte, no aprimoramento do

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[4] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

profissionalismo médico, essencial para o ensino-aprendizado de competências médicas, assim como para a reflexão sobre as questões bioéticas envolvidas.

Portanto, o objetivo deste relato de experiência é a reflexão acerca dos processos de transferência estabelecidos durante os atendimentos, seguidos por uma análise crítica de como esses processos impactam na relação médico-paciente e como os estudantes em formação podem manejar essas situações mantendo o profissionalismo e ao mesmo tempo a humanização do cuidado.

O presente texto trata-se de uma narrativa reflexiva de uma situação vivenciada por alunos do 4° período de Medicina, durante o segundo semestre de 2023, em uma das práticas de atendimento no Ambulatório de Pediatria do hospital-escola da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), situada no estado de Minas Gerais, Brasil. O relato foi escrito com base na percepção e na reflexão das estudantes sobre uma das vivências no cenário de prática de atendimento em puericultura, considerando os conceitos envolvidos no estudo do profissionalismo médico. Este relato tem como público-alvo estudantes de medicina e profissionais da saúde, com o objetivo de promover uma reflexão a respeito dos princípios bioéticos envolvidos no cuidado em saúde. Os indivíduos envolvidos na experiência tiveram a identidade preservada, conforme o direito ao sigilo médico e à privacidade.

O quarto período do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia - UFU (Projeto Pedagógico do Curso de Medicina UFU) possui, como parte integrante do módulo de Saúde Individual IV, práticas no Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Nestes momentos, os grupos de estudantes, sob a orientação de um(a) médico(a), são divididos em duplas, trios ou quartetos para atenderem os pacientes agendados no dia para consultas de puericultura, que consiste no acompanhamento médico periódico durante a infância e a adolescência. Ao final do atendimento conduzido pelos alunos, o(a) preceptor(a) confere o exame físico, reforça algumas orientações e prescreve medicamentos, se necessário. Após a saída do paciente da sala, o(a) médico(a) responsável pela turma discute o caso com os alunos, confere o prontuário e, caso seja preciso, repassa algumas informações teóricas.

Em uma dessas práticas de pediatria, o nosso grupo – composto por quatro alunas com idades entre 20 e 24 anos – recebeu uma mãe menor de idade e sua filha, acompanhadas pela avó da criança. Quando questionada sobre o motivo da consulta, a mãe respondeu ser uma “consulta de rotina”, sem queixas específicas. Por isso, nós avaliamos e orientamos quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, ao crescimento pôndero-estatural, à alimentação, à imunização, aos hábitos de higiene e à rotina do sono da criança.

No decorrer do atendimento, a jovem demonstrou ter se identificado conosco, como se a relação médico-paciente tivesse transcendido os limites de uma conexão profissional, aproximando-se de um vínculo afetivo. Ao final da consulta, a mãe da lactente solicitou o nosso número de telefone, talvez porque sentiu-se acolhida por nós devido à proximidade de idade. Neste momento, nós nos sentimos diante de um dilema ético: passaríamos ou não o nosso contato? O que seria mais correto?

Como estudantes, ainda em formação, poderíamos não saber como lidar com esse contato mais íntimo com um paciente ou até mesmo como orientar e sanar possíveis dúvidas. Por outro lado, ficamos receosas se seríamos indelicadas ao recusar o pedido da mãe. No entanto, esse conflito foi interno, visto que não tivemos a chance de conversarmos e estabelecermos um consenso sobre qual atitude tomar. Assim, duas de

nós passaram o número de telefone, uma de nós escreveu um número falso e a outra não passou o contato. Ao finalizar o atendimento, nós conversamos sobre o ocorrido e discutimos sobre qual seria a conduta mais adequada, mas permanecemos sem resposta para esse impasse. Portanto, este momento foi selecionado, pois acreditamos que situações como essa são recorrentes na prática médica e configuram um dilema no exercício da medicina.

Ao refletir sobre o contexto vivenciado, ponderamos que, atualmente existe uma dificuldade de conciliar o profissionalismo médico com a humanização do cuidado, visto que, ao mesmo tempo em que é necessário seguir protocolos e diretrizes, também é preciso manter um bom vínculo com o paciente, identificando possíveis situações de transferência, sem negligenciar a confiabilidade, o respeito e a empatia. Sabendo disso, naquele momento, tivemos dúvida sobre como agir, logo, cada uma escolheu uma conduta diferente: aquelas que passaram o contato pessoal sentiram-se na responsabilidade de retribuir o afeto e a confiança da mãe; aquela que escreveu um número de telefone falso teve receio de magoar a paciente, mas não teve coragem de negar o pedido; por fim, aquela que optou por não informar nenhum número de contato, afastou-se silenciosamente, sem ser notada, para evitar o conflito, pois acreditava que não deveria passar o telefone, apesar de ter sentido empatia pela jovem.

Após o ocorrido, conversamos sobre a situação com a professora, que nos orientou que o melhor seria não fornecer contatos pessoais para os pacientes, visto que é uma forma de "separar" a vida profissional da vida pessoal. A preceptora disse ainda que não precisamos passar um contato falso, esquivar-nos do pedido ou mesmo nos sentirmos coagidas a fornecer o número. Assim, entendemos que poderíamos ter explicado à mãe da criança que não passaríamos o nosso contato, pois esse tipo de vínculo mais íntimo pode gerar repercussões capazes de prejudicar o desempenho do processo de cuidado.

Diante disso, identificamos como necessidades de aprendizagem: (I) como identificar e como lidar com processos de transferência na prática da profissão?; (II) quais os desdobramentos de uma relação médico-paciente que extrapola o ambiente de consulta?; (III) seria antiético o médico fornecer o seu contato pessoal a um paciente, de acordo com os princípios da ética médica?

A princípio, é válido destacar que o processo de transferência na saúde consiste em um fenômeno inconsciente, no qual o paciente transfere expectativas, sentimentos e atitudes vivenciados no passado para uma situação do presente. Tal ação é involuntária e pode afetar a relação médico-paciente e o processo terapêutico (HUGHES; KERR, 2000). Sabemos que o trabalho na saúde é complexo e envolve as expectativas do paciente. A transferência faz parte de qualquer relacionamento, todavia, caso esta se configure de maneira prejudicial, cabe ao médico identificar e lidar com a situação. Para isso é preciso, em primeiro lugar, reconhecer os sentimentos e anseios do paciente, sem invalidá-lo, tratando-o sempre com respeito. Após a identificação, o médico deve continuar o cuidado, porém precisa estabelecer limites e deixá-los claros ao paciente (HUGHES; KERR, 2000). Na situação vivenciada pelo nosso grupo, experienciamos um processo análogo ao de transferência quando a mãe da lactente projetou um laço de amizade para a relação médico-paciente e agiu estabelecendo um comportamento de maior intimidade. Isso se deu, possivelmente, pela proximidade de idade, evidenciada pela forma de se comunicar ou até mesmo de se vestir, o que gerou um processo de identificação dela conosco e a vontade de tornar-se íntima. Diante disso, deveríamos ter estabelecido um limite, explicando à mãe que, apesar de estarmos no ambulatório com o objetivo de cuidar e de

prezar pelo bem-estar dela e do bebê, não gostaríamos de compartilhar o nosso número de celular pessoal, para manter a nossa privacidade.

Em segundo lugar, ao pensar sobre possíveis consequências de um contato médico- paciente que transcende uma relação estritamente profissional, pode-se notar efeitos positivos ou negativos, a depender da capacidade do médico em identificar o processo de transferência e saber como gerenciá-lo. No que se refere aos desdobramentos positivos, destaca-se a possibilidade de construção de um laço de confiança mais sólido e duradouro e, por conseguinte, maior adesão do paciente ao tratamento. Além disso, um vínculo mais íntimo com o médico facilita o estabelecimento de uma relação horizontal, permitindo que o paciente se sinta mais confortável para sanar dúvidas.

Em contrapartida, as prováveis repercussões negativas do estreitamento do elo médico- paciente consistem na sobrecarga de encargos para o profissional, que pode refletir em dificuldade para dissociar os problemas do trabalho das questões pessoais. Ademais, esse vínculo mais afetivo pode dificultar a manutenção da imparcialidade médica na tomada de decisões importantes para o tratamento do paciente. No que tange às decorrências indesejadas para o indivíduo que vivencia o processo terapêutico, ressalta-se o possível desenvolvimento de uma iatrogenia psíquica, provocada, principalmente, por uma deposição excessiva de expectativas, nem sempre correspondidas pelo profissional, gerando implicações emocionais ao paciente, que se sente frustrado por acreditar que suas necessidades não estão sendo supridas e, por isso, deixa de confiar na credibilidade do especialista (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Por fim, retomando o dilema ético sobre passar ou não um contato pessoal para o paciente, notamos que não há uma resposta correta pré-estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e que esta escolha depende da filosofia de atendimento adotada pelo profissional, uma vez que segundo o seguinte princípio do Código de Ética Médica:

> O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (Conselho Federal de Medicina, 2019, p.15-16).

Diante desse paradigma, é importante destacar o impacto das redes sociais na relação médico-paciente. Atualmente, com a utilização das mídias sociais para a exposição pessoal, tem sido cada vez mais difícil preservar a privacidade, ao passo que com poucos "clicks" é possível encontrar o perfil de alguém no Instagram ou no Facebook, por exemplo, e ter acesso a diversos dados sobre tal pessoa. Assim, contextualizando a repercussão do avanço das tecnologias de comunicação no cenário da Medicina, as redes sociais podem ser vistas como mediadores positivos da saúde ao facilitarem o contato direto ou indireto entre o médico e o paciente, bem como ao propiciarem um local para promoção da saúde e uma rede de apoio comunitário. Por outro lado, a supervalorização da virtualidade contribui para a propagação de conteúdos falsos ou enganosos e, sobretudo, ameaça a segurança e a privacidade (FORGIE *et al.*, 2021). Em vista disso, muitos profissionais que servem à comunidade, como os médicos, têm a exposição da vida particular potencializada pelas mídias sociais e, portanto, devem criar mecanismos para mitigar a sobrecarga de trabalho, especialmente, fora do ambiente profissional, visto que esse excesso de demandas pode afetar não apenas o psicológico, mas também a relação familiar do indivíduo.

Portanto, aprender como lidar com os processos de transferência e como manejar o contato com o paciente fora do espaço de consulta são habilidades fundamentais para o desenvolvimento de um vínculo médico-paciente adequado, bem como para a preservação da saúde mental do profissional da saúde. Dessa forma, torna-se possível equilibrar o profissionalismo médico e a humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

[1] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. p. 15-16. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

[2] FEITOSA, ELAINE S. et. al. Sentidos e significados de profissionalismo médico para residentes de ginecologia e obstetrícia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l], v. 46, n. 1, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210286. Disponível em https://www.scielo.br/j/rbem/a/KFPHp4JdkZXkRsn6Kv7txPc/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 nov. 2023.

[3] FORGIE, E. M. E. et al. Social Media and the Transformation of the Physician-Patient Relationship: viewpoint. **Journal of Medical Internet Research**, [s.l.], v. 23, n. 12, e25230, 2021. DOI: https://doi.org/10.2196/25230. Disponível em: https://www.jmir.org/2021/12/e25230/. Acesso em: 25 out. 2023.

[4] HUGHES, P; KERR, I. Transference and countertransference in communication between doctor and patient. **Advances in Psychiatric Treatment**, [s.l.], v. 6, p. 57-64, 2000. Disponível em: https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=54bb84d9ef2579a07827068b697a40455f3db496. Acesso em: 25 out. 2023.

[5] SCHMIDT, E. et al. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Clínica Médica,** São Paulo, v. 9, n. 2, p. 146-149, mar./abr. 2011. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1827.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

[6] ZIMERMAN, DAVID E. **Fundamentos Psicanalíticos**: Teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999. Disponível em: https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Zimerman-Fundamtnos-psicanaliticos.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.

CAPÍTULO

14 Da teoria à prática: transferência e contratransferência na vivência do exame clínico

Caroline Souza Santos[1], Letícia Maria Campos da Silva[2], Michael Vitor da Silva[3]

A compreensão da transferência e contratransferência na relação médico-paciente é essencial para a prática clínica e o aprimoramento das interações emocionais entre médico e paciente, destacando a influência desses processos psicológicos na dinâmica terapêutica (HUGHES & KERR, 2000). Nesse sentido, a transferência aborda as projeções inconscientes do paciente sobre o médico e que podem moldar a percepção do tratamento. Simultaneamente, a contratransferência, muitas vezes sútil e imperceptível, revela-se como parte integrante desta relação, a qual proporciona uma visão sobre as respostas emocionais do médico diante das experiências do paciente.

O objetivo desta narrativa reflexiva foi compreender na prática a relevância dos conceitos de transferência e contratransferência na relação médico-paciente, por meio de um relato de caso vivenciado pelos acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. O caso envolveu a realização da anamnese e exame clínico neurológico em um paciente, permitindo aos estudantes refletirem criticamente sobre esses conceitos tanto na perspectiva do paciente quanto na visão dos acadêmicos.

Metodologicamente, a presente pesquisa configura-se como uma narrativa reflexiva delineando a experiência vivenciada por estudantes do 2º período de medicina na Faculdade Federal de Uberlândia no ano de 2022. Essa experiência foi conduzida por meio da realização de anamnese e exame físico, fundamentados no manual de exame clínico que serve como referência fundamental para a prática médica (PORTO, 2017). O cenário para tal experiência foi o Hospital das Clínicas de Uberlândia, situado no estado de Minas Gerais. Cabe salientar que, em conformidade com as diretrizes éticas, o paciente envolvido na experiência não será identificado, visando preservar sua privacidade. A abordagem principal concentrou-se na compreensão na prática da transferência e contratransferência na relação médico-paciente, destacando a influência desses processos psicológicos na dinâmica terapêutica (HUGHES & KERR, 2000). Este enfoque visa estabelecer uma conexão significativa entre a teoria abordada no ambiente acadêmico e sua aplicação prática na medicina.

A execução da arte da medicina é influenciada por um conjunto intrincado de fatores interconectados, compreendendo a trajetória histórica da prática médica, os princípios éticos na área da biologia e da medicina, a educação no campo médico e os centros hospitalares. Esses componentes desempenham uma função vital no treinamento e crescimento dos acadêmicos de medicina, à medida que enfrentam situações específicas

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

durante o curso de suas carreiras (PORTER,1997). No segundo período do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), fomos introduzidos à disciplina de Semiologia Médica I presente no componente dos tecidos aos sistemas I, a qual nos proporcionou o primeiro contato com os pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) para realização do exame clínico. Dentre os objetivos do treinamento prático da disciplina, em ambiente hospitalar, havia a necessidade de realização do exame físico neurológico, o qual era realizado pelos estudantes, contando com auxílio do preceptor da disciplina. Em um desses encontros, ocorrido em dezembro de 2022, um caso particular nos chamou a atenção. Tratava-se de paciente jovem internado no Pronto-Atendimento do Hospital de Clínicas em investigação de doença neurológica periférica. Na ocasião, a abordagem prática do grupo seguiu conforme rotina e iniciamos, assim, a realização do exame clínico, mediante autorização e contribuição do paciente. Oportunamente, ao abordarmos o exame clínico neurológico, fizeram-se necessários testes de força e sensibilidade de membros superiores e inferiores os quais, conforme roteiro semiológico (PORTO,2017), deveriam ser realizados por segmentos de miótomos e dermátomos, em toda a extensão dos membros superiores e inferiores, desde o princípio, notamos claro desconforto do paciente ao nos responder que não conseguia sentir, nem movimentar os membros.

Porém, seguindo a rotina dos testes, a pergunta ocorria de forma repetida, o que levou o paciente a uma profunda indignação, porém, o preceptor repetidamente nos cobrava testar todos os segmentos. A situação levou o paciente a um profundo constrangimento, levando-o a explanar: “Eu já disse! É claro que eu não sinto nada! É por isso que estou aqui!”. Após o episódio, o preceptor notou que diante a tal situação era necessário um pedido de desculpas para com o paciente em nome do grupo, pois, tratava-se de um paciente recém diagnosticado com paraplegia e em fase de aceitação. Dessa maneira, o preceptor assim o fez, demonstrando empatia e compreensão quanto a postura do paciente. Ao mesmo tempo que entendíamos o propósito da prática como uma oportunidade de aprendizado, era nítida a sensação do grupo de incapacidade e medo ao seguir com o exame diante das exclamações do paciente. Essa situação evidenciou a importância de nos preocupar não somente com o aprendizado técnico, mas também com outros eixos dentro do nosso curso como: o de Atividades sensoriais reflexivas e formativas IV, onde desenvolvemos as habilidades necessárias para lidar esse sentimento de passividade, medo e indignação diante de situações como a citada anteriormente. Um exemplo claro que nos auxilia a desenvolver tais habilidades, foram os estudos de transferência e contratransferência por exemplo (HUGHES & KERR, 2000). No contexto da situação descrita, a transferência pode ser conceituada como o processo psicológico através do qual o paciente externaliza sentimentos e emoções, muitas vezes de maneira inconsciente, direcionando-os ao médico ou a outros profissionais integrantes da equipe de saúde. Por exemplo, o desconforto demonstrado pelo paciente durante o exame pode ser uma expressão de sua frustração e raiva em relação à sua condição de saúde. Por outro lado, a contratransferência pode ser conceituada como uma ocorrência afetiva do médico ou do profissional de saúde no contexto da relação com o paciente, sendo modulada por suas próprias vivências pregressas e estados emocionais. No presente contexto, a contratransferência é delimitada como a resposta emocional manifestada pelos estudantes e pelo preceptor em ocorrência às expressões emocionais apresentadas pelo paciente.

Além disso, como parte da reflexão, faz-se necessário expor nossos sentimentos enquanto estudantes, falar sobre eles nos proporciona uma troca de experiencias, o que nos possibilita entender não somente a experiências individual, mas bem como as diferentes percepções dos colegas. Perante a situação ficou evidente a todo o grupo, a necessidade da constante utilização da empatia para uma adequada comunicação médico-paciente o que, em outras palavras, interpretamos como: a capacidade de compreender e compartilhar os sentimentos e perspectivas emocionais de outra pessoa (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Dessa forma, a situação enfrentada, marcada pelo desconforto e pela indignação do paciente, serviu como um importante aprendizado sobre a sensibilidade necessária no manejo das interações médico-paciente. Foi uma oportunidade de reflexão sobre a empatia, a comunicação e a importância de reconhecer e respeitar os limites e sentimentos do paciente, elementos cruciais para a prática médica eficaz e humanizada. O caso também ressalta a importância da educação médica em abordar não apenas o conhecimento técnico, mas também as habilidades interpessoais. Esse episódio evidencia a essência da medicina como uma arte que envolve compreender e conectar-se profundamente com o ser humano, destacando a necessidade de uma abordagem médica que seja tão tecnicamente competente quanto emocionalmente sensível e adaptativa.

REFERÊNCIAS

[1] **Hughes, D. e Kerr, IB (2000).** Transferência e Contratransferência, Vol.6. “Avanços no tratamento psiquiátrico” (pp.57-64). Nova York, NY.

[2] **Porter, R. (1997**). The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity. W. W. Norton & Company.

[3] **COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO**, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 02, p. 261-269, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DXLm4sxwdBNtjGcvBCSZrSJ/abstract/?lang=pt>.

[4] **PORTO, Celmo Celeno**. Exame Clínico: Bases para a Prática Médica. 8ª ed.

CAPÍTULO 15

Vínculos emoldurados: a alma da medicina na teia do cuidado e a sinfonia dos sentidos na arte de curar

João Victor Peres Barreto[1], Mélani Cianca[2], Victor Luiz Barbosa Gomes Furlan[3]

A prática médica transcende a mera aplicação de conhecimentos científicos; ela é, antes de tudo, uma expressão da arte de curar. Nesse contexto, a formação médica assume um papel fundamental em relação à dimensão humana do cuidado. Esta narrativa reflexiva explora a teia entre a formação médica e a humanização, destacando como a fusão do conhecimento científico com a empatia faz-se necessária para umaformação de excelência.

A partir disso, destaca, também, a urgência da inserção precoce de estudantes de Medicina na Atenção Primária à Saúde a fim de desenvolver habilidades humanas que ultrapassem os critérios técnicos. Associado a esse quadro, ocorre a abordagem do fenômeno da Transferência e Contratransferência na prática médica — conceitos fundamentais na psicanálise que referem-se às dinâmicas emocionais que ocorrem na relação entre o paciente e o médico durante a relação médico-paciente. Por fim, a presente narrativa reflexiva a seguir objetiva promover uma reflexão acerca da formação médica no país, visando favorecer uma mudança no cenário apresentado, a partir da valorização do componente humano na rotina dos estudantes de Medicina.

No início de 2023, nós, estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, vivenciamos, no Hospital das Clínicas de Uberlândia, localizado no estado de Minas Gerais - Brasil, um evento que marcou nossa memória e chamou nossa atenção durante uma aula prática da disciplina de Semiologia Médica. A partir disso, levantamos reflexões acerca dos princípios bioéticos relacionados à medicina. Por fim, vale ressaltar que tal relato não contém informações que comprometam a anonimidade do paciente retratado, de forma a preservar sua imagem e seus direitos.

No curso de Medicina, ao longo do segundo e do terceiro período, possuímos o módulo de Semiologia, que se debruça sobre técnicas e procedimentos necessários para a verificação dos sinais e sintomas de um paciente, por meio do exame físico. Neste cenário, compartilhamos uma experiência que deixou uma marca profunda em nossa jornada como estudantes de Medicina. Durante uma aula de Semiologia no terceiro período, tivemos a oportunidade de visitar o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Naquela ocasião, ao adentrarmos o corredor do Pronto Socorro, nos deparamos com uma cena que nos instigou profunda reflexão: um senhor, de cerca de setenta anos, assentado em uma maca. Seu semblante marcava-se por um ferimento aberto e profundo, enquanto vestígios ressequidos de sangue adornavam parte de sua face e trajes. Naquele momento, ele se encontrava só, esforçando-se com notável dificuldade para ingerir um pedaço de pão. Não muito distante, umgrupo de internos de medicina, absortos em conversas e risadas sobre diversos temas, parecia alheio à luta do senhor para se alimentar e ao seu visível estado de desamparo.

O motivo pelo qual escolhemos falar sobre este senhor é porque sua situação ilustra de maneira vívida a necessidade de empatia e atenção integral aos pacientes, mesmo nas condições mais adversas. O que presenciamos naquele corredor foi um poderoso lembrete de que, muitas vezes, a verdadeira medicina vai além dos diagnósticos e tratamentos, envolvendo cuidado, compaixão e respeito pela dignidade humana. Além do mais, acreditamos que esta narrativa possa trazer uma reflexão e um aprendizado de grande valia aos estudantes de Medicina.

Ao testemunhar tal cena, fomos tomados por um sentimento de impotência diante do que se desdobrava diante de nós. A falta de experiência prática nos deixouhesitantes e incertos sobre a melhor abordagem para lidar com a situação — como iniciar um diálogo com o senhor e determinar se poderíamos prestar alguma assistência, por exemplo. Mesmo assim, o que nos impactou profundamente foi a conduta dos colegas estudantes. Em meio a um corredor impregnado de dor e sofrimento, eles encontravam-se envoltos em risos e brincadeiras, em flagrantedesrespeito ao senhor e aos demais pacientes que aguardavam por cuidados.

Essa vivência nos deixou marcados e reforçou a importância de cultivar em nós, futuros profissionais da saúde, a sensibilidade, a empatia e o respeito pela dignidade de cada ser humano. Dessa forma, nos questionamos em relação a quais habilidades poderíamos aprender e desenvolver ao longo do curso a fim de evitar tal passividade e promover um cuidado ativo e humanizado com o paciente.

A partir disso, identificamos a necessidade de sermos inseridos no ambiente de Atenção Primária à Saúde, desde o começo do curso, cenário privilegiado para atendimento pautado na proximidade, de uma forma mais humanizada e empática. Isso porque, conforme exposto por Caldeira et al. (2011), a formação fragmentada, tecnicista e biologicista dos profissionais de saúde não têm atendido à população brasileira e se constitui como um empecilho para a consolidação do SUS.

Além disso, somado a esse cenário, é relevante a consideração da ocorrência, na relação médico-paciente, do fenômeno da Transferência e Contratransferência, conceitos que surgiram a partir da preocupação de Freud em desvendar os aspectos associados à relação paciente-analista:

> Que são transferências? São as novas edições, ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise (...) substituem uma figura anterior pela figura do médico. Em outras palavras: é renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente. (FREUD, 1905/1974, p. 113).

Tais conceitos englobam a projeção, pelo paciente, de emoções, expectativas e dinâmicas não resolvidas em relação a figuras significativas do passado para omédico.

Já a contratransferência é expressa da seguinte maneira: "*Tornamos-moscientes da contratransferência, que surge como resultado da influência do pacientes sobre os seus (*do médico*) sentimentos inconscientes." (FREUD, 1910/1974, p.130).*

Dessa forma, a relação médico-paciente envolve as reações emocionais do médico em resposta à transferência do paciente. Os sentimentos do médico podem refletir suas próprias experiências passadas ou indicar aspectos não resolvidos no paciente, influenciando a qualidade da interação terapêutica. Desse modo,experiências negativas provenientes dos pacientes, originadas, por exemplo, pela pressa e indiferença do profissional da saúde, tornam a consulta mais difícil.

A contratransferência, por sua vez, também pode ser negativa, representando aspectos como o cansaço, estresse e insatisfação no trabalho da parte do profissional médico. Assim, o estabelecimento de uma relação médico-paciente pouco sólida, causada, sobretudo, pelos aspectos negativos da Transferência e Contratransferência citados, resulta em um empecilho ainda maior para a promoção da saúde brasileira. Todo esse cenário, por sua vez, pode ser melhorado a partir da inserção dos acadêmicos de Medicina na Atenção Primária:

> Os estudantes de Medicina podem se beneficiar do treinamento de longo tempo com o intuito de desenvolver habilidades empáticas — sendo a APSo cenário ideal para desenvolver tais habilidades, uma vez que os estudantes poderiam acompanhar os mesmos pacientes e suas famílias ao longo do curso e recuperar o nível teórico e prático da empatia, que, muitas vezes, fica perdido nos cenários de atenção terciária. (CALDEIRA ET.AL, 2011).

Por fim, os apontamentos evidenciam a necessidade de inserção precoce dos acadêmicos de Medicina na Atenção Primária à Saúde — diminuindo, assim, episódios de desrespeito, como o praticado pelos estudantes, e de inação — como praticado por nós devido à falta de atividades práticas.

Em conclusão, o relato evidencia de maneira contundente a lacuna de empatia entre os estudantes de Medicina, servindo como um espelho crítico do atual panorama educacional. Ao promover a reflexão sobre essa falta de sensibilidade, atingimos o objetivo proposto, destacando a urgente necessidade de integrar os futuros profissionais precocemente na Atenção Primária à Saúde, de forma a auxiliar na superação do cenário exposto.

REFERÊNCIAS

[1] CALDEIRA, E. et al. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35, 4, 477-485, 2011.

[2] FIGUEIRA, S. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

[3] FREUD, S. **A dinâmica da transferência.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1912).

CAPÍTULO 16

A criação de vínculos entre estudantes de medicina e suas repercussões na vida acadêmica

Andressa Júlia Figueiredo dos Santos[1], Elizabeth Lopes Vieira Arruda[2], Gabriele Mendes de Assis[3]

A área médica é responsável por um vasto conjunto de características que são ensinadas desde a entrada do estudante nas escolas médicas. Competições dentro do curso, responsabilidades com a vida dos pacientes, cobranças internas e externas de maiores dedicações, uso de substâncias exógenas, privação de lazer e distanciamento familiar são aspectos comuns para alunos dentro de uma universidade federal de medicina. A alta prevalência de transtornos mentais comuns relacionado a falta de apoio emocional necessário é um dos pilares de tantos agravantes da saúde dos alunos (FIOROTTI, 2010). Dessa forma, o encontro de amizades saudáveis dentro do curso pode colaborar para a criação de um ambiente mais agradável, descontraído e seguro num contexto em que a responsabilidade é bastante exigida. Fases ainda como o internato com a necessidade de formação de duplas ou trios podem fomentar mais o vínculo entre pessoas e a amizade estabelecida entre elas. O foco do curso deve ser não apenas na formação de um profissional com alto grau técnico e no aperfeiçoamento de habilidades, como também, no conhecimento do ser humano e de suas relações interpessoais e afetivas (BENEVIDES, 2009). O objetivo da narrativa consiste em realizar uma análise crítico-reflexiva sobre a importância dos relacionamentos construídos durante a formação acadêmica de futuros profissionais da área médica, explorando como as relações podem tanto auxiliar quanto dificultar uma experiência já extenuante.

Durante uma atividade realizada no segundo semestre de 2023 no eixo Sensorial, Reflexivo e Formativo VIII do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, foi proposto aos acadêmicos do 8º período que formassem trios, escolhessem alguma vivência passada durante o curso, refletissem sobre a mesma e a escrevessem na forma de relato de experiência. Os discentes abordam a importância das relações durante o curso de medicina e como estas podem afetar esse processo. A narrativa descrita abaixo não possui a presença de forma específica de participantes no texto, por meio de imagem e/ou fala, não sendo necessário a avaliação previa do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além de ser dispensado a apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dia 12 de agosto de 2019,

Iniciar uma nova cidade, uma nova vida, um curso novo. Não é fácil para jovens que acabam de descobrir que seu maior sonho se realizou. No entanto, esse momento de mudança também pode nos surpreender para o mal: o desafio de ir para longe de sua casa,

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

sua família, seus amigos já estabelecidos, sua cultura. Então você começa a se deparar com uma grande decepção: a solidão!

Estar sozinho dentro de uma turma de 60 pessoas é paradoxal e incoerente. No entanto, é assim que muitos estudantes sentem dentro de si. Quem irão ser meus amigos? Serei aceita da forma que sou? Vou ser excluída? Será que aquela pessoa é legal?

E então você começa a arriscar a sua percepção e racionalidade em troca de pertencer a uma tribo, um lugar onde o pouco se torna muito e o muito se torna mais ainda. Nesses momentos os estudantes podem seguir dois caminhos: os de relacionamentos tóxicos, que podem levar a atividades de risco como os infames trotes. Essas são brincadeiras desagradáveis, com zombaria e demonstração de poder dos veteranos contra calouros as quais impactam na saúde desses últimos. Isto é elucidado pela análise realizada pela Faculdade de Medicina do ABC que em uma turma de 2015, 70% dos entrevistados relacionaram o trote à hierarquia, refletindo um aspecto tóxico por parte de relações entre discentes de anos diferentes. A pesquisa também enfatiza a necessidade de participação a qualquer custo, como mostra o relato de um estudante: "*Eu me sinto prejudicado e desconfortável em ir contra essas tradições. Acho que o trote da FMABC se dá nessa opressão e desrespeito com as liberdades do calouro*" (AKERMAN; CONCHÃO, 2020). É interessante ressaltar que Sacramento *et al*. (2021) já indicam o aumento desses números exatamente no início do ciclo básico quando tudo é novo e as relações ainda estão sendo construídas. Esse estudo ainda relata que um dos fatores que ajudaram a diminuir esses números são relacionamentos equilibrados (SACRAMENTO et al., 2021). Como diria Cazuza: "eu vou sobrevivendo sem um arranhão" e isso só seria possível num local em que você se sente seguro para ser quem você é e é amparado nos momentos difíceis: um lugar chamado amizade. E foi assim…

Numa visita ao hospital para conhecer os cenários, 2 estudantes se encontraram. E não foi um encontro qualquer. Foi um encontro divertido, onde as risadas espontaneamente começaram a aparecer, onde as histórias sobre "de onde eu vim" e "o que eu desejo encontrar no curso" foram os primeiros indícios e faíscas de uma relação tão nobre que iria desvendar nos próximos anos. Elas então decidiram comer no restaurante universitário. Que fila enorme! Quantos alunos! Vamos para a fila! Que fome…E foi nesse ritmo que apareceu a terceira integrante. Muito expansiva, logo se inteirou na dupla que viraria em breve um trio.

– *"Vocês querem marcar um dia para comermos na casa de uma de nós?"*

Foi assim, vaga e constantemente que esses laços foram se entrelaçando. Aconteceram perdas, uma pandemia, problemas dentro de casa, até o casamento de uma das três.

Mas nada disso foi empecilho para as reuniões leves em que cada uma poderia se abrir, conversar casos que não eram apenas de pacientes, contar histórias, rir do que uma falou, cozinhar juntas, beber um *drink*. Ser quem você é e se sentir segura dentro dessa relação.

No entanto, nada seria tão fácil assim, é claro… Quem é que falou que a vida de um estudante de medicina seria fácil com uma carga horária de quase 10 mil horas em 6 anos? Um dia uma estressada, outro dia um chefe nervoso, no outro um paciente difícil de lidar. E o choro e o abraço, mesmo assim retornavam aos braços de quem mais estava ali presente para suportar. Dessa vez, não era o colo da mãe. Era o abraço da amiga que te traria conforto.

- *Vamos entrar na terapia?*
- *Sim, vamos entrar!*
- *Você precisa, minha amiga, tentar encarar esse seu medo...*

E era assim que continuamos a crescer e nascer mesmo dentro de muitas dores. Os plantões na ginecologia e obstetrícia durante o sétimo período pareciam insanos, os ambulatórios que se estendiam do início da tarde até o começo da noite, as provas com extensas listas de assuntos a serem abordados e muitas das vezes sem orientação e redirecionamento sobre a importância de cada assunto, sobre a premissa de busca pelo conhecimento de forma autônoma, na maioria das vezes causa dúvidas sobre nosso potencial como futuras médicas.

Nesse sentido, a carga horária excessiva, a distância da família, a privação do lazer e o novo ritmo de vida, além do medo de não ser um bom médico se mostram como as principais dificuldades acadêmicas do estudante de medicina experimentadas ao longo da academia. Soma-se a isso, as transformações na educação médica que visam tornar o docente um facilitador e o aluno responsável pelas próprias buscas, formulações e conclusões relacionadas aos conteúdos, no intuito de garantir a formação de futuros profissionais qualificados. Diante disso, o estabelecimento desta qualificação ideal, perfil este almejado pelos acadêmicos, envolve a autoconstrução para além dos conhecimentos técnicos, de valores como competência, proatividade, humanidade, responsabilidade, consciência, solidariedade, engajamento e participação. Esse cenário potencialmente adoecedor desafia os estudantes a superarem os próprios limites a fim de corresponderem às tantas expectativas do tipo ideal (SANTOS; VERA, 2021). E naturalmente, mesmo dentro daquele trio, a solidão conseguia encontrar espaço. Lugar esse que se preenchia com o vazio que entre os corredores do hospital eram deixados por professores, pacientes e alunos. Um vazio de solidão.

- *Oi amiga, tudo bem?*
- *Não estou! Tenho plantão hoje e vocês não estarão lá! Sem vocês tudo fica mais difícil.*
- *Também não estou, amiga. Tenho ambulatório e meu grupo está com muitos conflitos.*
- *Gostaria que vocês estivessem hoje comigo.*

E nessa experiência, com ajuda da psicoterapia que cada uma ia fortificando e encontrando forças. Um estudo realizado em Montreal com 18 estudantes distribuídos entre o primeiro e o quarto ano de Medicina destacou a procura pelo apoio psicológico devido ao prejuízo acadêmico e à ansiedade de não conseguir conciliar as atividades acadêmicas com as de lazer e exercício físico - apresentados como fatores atenuantes para estresse (MOREIRA *et al*., 2015). As pesquisas brasileiras retratam um quadro similar entre as escolas médicas. O ingresso do estudante no contexto universitário consiste em múltiplos processos que expõem seus aspirantes às situações de extenuação, principalmente na formação médica, uma das graduações mais procuradas no Brasil (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; FIOROTTI *et al*, 2010). Um estudo realizado entre estudantes de medicina concluiu que há uma significativa utilização de fármacos para otimização dos estudos. Embora os alunos de medicina possuam conhecimento da automedicação e suas consequências, a rotina de formação acadêmica e as exigências se tornam condições suficientes para que tais acadêmicos vejam necessidades de uso da medicação de antidepressivos, estimulantes e ansiolíticos. (LAVINNYA *et al*, 2022).

As experiências de perder um paciente. Os desafios dos estudos. Os sacrifícios feitos, os problemas familiares. E nesse ritmo a solidão gritava mas já não encontrava o espaço para entrar. Era quando esse vazio batia na porta que o sorriso já se abria de ver uma amiga. Como pode um laço conseguir tanta importância na sua vida? E era o que trazia sempre a força para retornar para cenários mentalmente desgastantes.

O relato exemplifica a importância das relações criadas durante a faculdade de medicina entre os pares. Os vínculos formados se tornam verdadeiras fortalezas e locais de acolhimento durante o processo da formação médica, entretanto, podem se tornar ambientes de competição e tóxicos pelo próprio fomento dessas características no espaço acadêmico. Diante disso, a narrativa ainda aborda a carga horária extenuante e o uso de estratégias de transmissão do conhecimento de forma ativa não levando em conta a falta de suporte teórico específico e direcionado, sendo desrespeitoso com os acadêmicos, sendo necessário um olhar mais cuidadoso para o bem-estar biopsicossocial dos futuros profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

[1] AKERMAN, M.; CONCHÃO, S. Cultura do trote universitário: desafios que permanecem. **ABCS Health Sciences,** [S. l.], v. 45, p. e020029, 2020. DOI: 10.7322/abcshs.45.2020.1451. Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/1451>. Acesso em: 28 set. 2023.

[2] BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Rev. Bras. Educ. Med**., Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009.

[3] FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **J. Bras. Psiquiatr**., Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0047-20852010000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 set 2023.

[4] MACHADO,L. M., NUNES,A. T., NETO, M. L. Estudantes de medicina e o uso de medicamentos para otimização do desempenho acadêmico. **HPC Health and Science Journal**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2022. Disponível em: http://hpchsj.com/index.php/hpchsj/article/view/20. Acesso em: 29 sep. 2023.

[5] MOREIRA, S. N. T. et al. Estresse na formação médica: como lidar com essa realidade? Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 558-564, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000400558&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2023.

[6] SACRAMENTO, B. O.; ANJOS, T. L.BARBOSA, A. G. L. TAVARES, C. F.; DIAS, J. P.. Sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de medicina: estudo de prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 45, n. 1, p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200394. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QRW5cQW9D4bDdPjyyXxyFLR/?lang=pt#>. Acesso em: 28 set. 2023.

[7] SANTOS, A. F. ; VERAS, L. O estudante de medicina e seu percurso acadêmico: uma análise de postagens sobre sofrimentos. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 130, p. 720-732, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113012.

CAPÍTULO

17 Além da ciência: a medicina e os laços do coração

Camila Perone Resende do Amaral[1], Raíssa Carvalho Paiva[2]

O portfólio reflexivo elaborado representa parte de um processo de aprendizagem do aluno de medicina no quesito relação médico-paciente, uma vez que pretende avaliar o discente sobre seus conhecimentos adquiridos durante as vivências propostas pelo corpo docente por meio da sua relação crítica e analítica sobre as atividades. Dessa maneira, ao refletir e expor suas opiniões, o aluno estará ampliando seus saberes por meio da problematização da realidade vivida, com maior contato e visão sobre seus sentimentos e criatividade. As pesquisas, além de possuírem caráter pessoal, também utilizam de evidências científicas vistas em sala de aula ou em ações com a comunidade.

Portanto, observando todo esse aspecto de importância da elaboração de portfólios críticos reflexivos, este portfólio tem a finalidade de apresentar, relacionar e apreciar o encontro acadêmico e a experiência vivida no contexto do quarto período do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), na disciplina Atividades Sensoriais Reflexivas e Formativas IV, a qual consiste em comunicação, humanização e profissionalismo. Diante desse contexto, o artigo "Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil" de Machado e Kuchenbecker (2007) aborda questões relacionadas aos hospitais universitários no contexto brasileiro. Os autores destacam os desafios enfrentados por essas instituições, como a necessidade de financiamento adequado, a gestão eficaz, a formação de profissionais de saúde e a pesquisa. Eles também discutem a importância dos hospitais universitários no sistema de saúde e suas perspectivas futuras, ademais, o texto destaca a relevância desses hospitais na formação de profissionais e na pesquisa, bem como no atendimento à comunidade. Assim, o portfólio, além de nos instigar na busca pelo contato com o paciente, apresenta uma maneira de nos conectarmos com nossos sentimentos simultaneamente ao cenário da pesquisa, onde necessitamos de embasamento teórico para detectarmos de que maneira aquela vivência nos possibilitou adquirir algum aprendizado.

Diante desse contexto, o quarto período do curso de Medicina da UFU apresenta como componente central o público materno-infantil. Assim, visando aprofundar sobre este componente materno, e no tema do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), sistema esse que preza pela análise das individualidades de cada paciente e de deus sentimentos, este portfólio trouxe a experiencia de uma entrevista realizada no Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) no cenário do Pronto socorro da Ginecologia e Obstetrícia (PS-GO) e os aprendizados e reflexões que esse momento possibilitou.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

A metodologia de elaboração da narrativa inicia-se com a descrição de uma manhã de sábado na Liga da Saúde da Mulher, onde a autora, impelida pelo senso de responsabilidade, decide superar o cansaço para dedicar-se à assistência de uma gestante. Para preservar a privacidade, os nomes dos pacientes foram substituídos, e alguns locais mencionados foram alterados, com exceção do pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, local onde de fato a narrativa ocorreu. A família atendida, alvo da ação interventiva, busca cuidados médicos para a realização de um parto, constituindo o público desse relato.

A estudante, ao refletir sobre os princípios bioéticos inerentes à prática médica, destaca a importância do contexto ético no desenvolvimento da narrativa. Ao longo da história, a sensibilidade da narradora é evidenciada na abordagem dos cuidados adotados para resguardar a paciente e sua família. Elementos cruciais como o respeito à privacidade e a participação ativa na experiência médica são cuidadosamente delineados. A conexão estabelecida com a gestante e seu esposo transcende as fronteiras do papel profissional, revelando a relevância da empatia na prática médica. A narrativa atinge seu ápice com a revelação surpreendente de um parentesco entre a narradora e o acompanhante da paciente, acrescentando uma dimensão pessoal à história. Dessa maneira, o relato ultrapassa as limitações do atendimento clínico convencional, integrando valores éticos e humanos essenciais à prática médica.

Numa manhã de sábado, Camila despertou com determinação, disposta a desconsiderar um plantão na Liga da Saúde da Mulher devido à péssima noite de sono que havia tido. A estudante de medicina resolveu enfrentar essa questão, ciente de que não enfrentaria penalidades por tal escolha. Contudo, algo íntimo dentro do coração da acadêmica sussurrava a obrigação de ir e assumir sua responsabilidade. Como fiel seguidora da fé cristã, a estudante compreendeu aquela repreensão interna como o suspiro divino em resposta à sua obstinação. João Paulo II confrontou uma sensação semelhante em algum ponto de sua vida, e em uma ocasião proclamou de maneira significativa: "Aprendei a escutar, no silêncio, a voz de Deus, que murmura no mais recôndito de nossos seres" (PAPA JOÃO PAULO II, 2001, p. 1). Essa orientação ressoa na ideia de que essa voz interior, muitas vezes identificada como consciência, pode ser reconhecida como a expressão do Criador de todas as coisas. O ato de acolher ou rejeitar essa voz interna torna-se, assim, uma decisão pessoal e espiritual. Portanto, Camila superou o cansaço e seguiu em direção ao pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia do hospital.

Apesar da exaustão física e, até mesmo, mental, a discente subiu as rampas do pronto-socorro, saudando com simpatia os profissionais de saúde e as pacientes que cruzavam seu caminho. Ao alcançar o cume da rampa, mais precisamente na sala de espera, onde as pacientes aguardavam ansiosas o momento da internação, deparou-se com um casal cujos rostos refletiam apreensão e expectativa, ansiando pelo encontro com sua filha ou filho. A estudante fixou seus olhos nos deles e brindou com um caloroso "Bom dia! Como estão?" Recebeu sorrisos em resposta e seguiu seu caminho.

Iniciou-se o dia de Camila com a nobre missão de auxiliar uma gestante em exercícios para estimular o trabalho de parto, uma atividade que demandou cerca de quarenta minutos. Mais tarde, foi incumbida de preencher um formulário na companhia da gestante, a quem saudou à entrada do Pronto-Socorro. Nesse momento, um interno de medicina havia convocado a paciente para a consulta e Camila solicitou a permissão para se unir a eles, o que foi prontamente concedido. Na sala, indagou à mulher e ao seu esposo sobre a possibilidade de permanecer ali, ao que eles consentiram sem objeções.

Sem intervenções da parte da estudante, ela limitou-se a observar silenciosamente o interno realizando a anamnese da senhora, cujos traços e informações compartilhou a seguir, obtidos unicamente através do diálogo entre ela e o médico. Uma mulher de pele alva, com quarenta anos, de estatura aproximada de 1,65 metros, ostentando longos cabelos castanhos, encontrava-se grávida de 38 semanas, evidenciando inchaço devido à gestação e uma ansiedade palpável. Acompanhava-a o esposo, um homem de compleição robusta, com cabelos ruivos e olhos verdes, ligeiramente mais velho, ambos oriundos de uma cidade do interior de Minas Gerais. O casal havia iniciado um pré-natal de alto risco devido à hipertensão gestacional.

Após essa breve apresentação dos personagens, a universitária continuou a escutar atentamente as indagações médicas até que a gestante fosse encaminhada para o exame físico. Proativamente, com o intuito de não causar desconforto, auxiliou a mulher a subir na maca e permaneceu à margem, contemplando o exame em andamento. A pedido do interno, contribuiu para a aplicação das fitas do equipamento de cardiotocografia, enquanto ouvia suas explicações acerca do procedimento. Terminada a avaliação, o interno retirou-se da sala, deixando Camila a sós com o casal, a fim de preencher o formulário requisitado.

Dando início à conversa, com a intenção de quebrar quaisquer barreiras que pudessem existir, a acadêmica delicadamente abordou seus desconfortos, medos e ansiedades, usando de piadas e palavras amáveis e repletas de esperança. Afinal, é nos momentos de fé nos bons augúrios que nosso lado racional emerge de sua toca e se harmoniza com a crescente alegria do futuro. Sua primeira pergunta foi sobre o nome que escolheram para o bebê, um nome de origem latina que significa "brilhante", "luminosa" e "ilustre”. De maneira surpreendente, ao continuar o diálogo e após a gestante compartilhar sobre sua família que residia na mesma na cidade onde viviam, a discente descobriu, ao mencionar a existência de parentes naquela mesma cidade, que existia uma relação de parentesco entre ela e o acompanhante da paciente. O instante em que essa revelação surgiu, a estudante se assombrou. Depois de adentrar ainda mais na árvore genealógica, foi constatado que ambos (Camila e o casal) compartilhavam de conexões consanguíneas.

A conduta de Camila, sempre pautada pela delicadeza e gentileza, evoluiu para um afeto profundo. Assim, ela reuniu coragem para solicitar a honra de acompanhar o parto. Após entregar o formulário preenchido à sua superiora e relatar essa "coincidência", que para ela mais se assemelha a um encontro predestinado pelas entranhas da espiritualidade, foi incentivada a integrar o momento do parto, uma experiência bela e, ao mesmo tempo, desafiadora, pois veio ao mundo com hipotonia e sem respirar. Coube a Camila acalmar seus primos e permanecer ao lado daquela pequena luz até que ela se restabelecesse. Felizmente, tudo ocorreu bem, e a criança foi levada ao quarto com seus pais, recebendo alta alguns dias depois. Assim, o dia que Camila imaginou como um passo em direção à escuridão, palavra que descreve a exaustão e melancolia resultantes de dias difíceis, a trouxe mais perto da luz., uma luz brilhante, resplandecente, bela e feliz.

Com essa experiência tão inusitada, a estudante aprendeu que a vida é um verdadeiro tesouro, repleta de surpresas, e que cada dia nos reserva lições valiosas. Como seres humanos e médicos, devemos estar sempre dispostos e responsáveis com o próximo, independentemente do que possa assolar nosso coração. Sejamos gentis com nossos pacientes, para que a luz encontre seu caminho e dissipe toda a dor. Seguindo o ensinamento de João Paulo II, citado por Gubała (1998), Camila não pode enxergar um paciente doente como mero caso clínico, baseando-se apenas no conhecimento e

habilidades profissionais. A partir da ética cristã, a médica deve enxergar no paciente seu irmão ou irmã queridos, a quem deve amar profundamente, compartilhando suas aflições.

A elaboração desse portfólio visa apresentar uma experiência e o aprendizado por ela possibilitado, de uma maneira crítica, analítica e reflexiva a fim de corroborar a plena descoberta que o aluno do curso de medicina obteve não apenas por essa vivência, mas pela soma de todas as outras experiências e por meio das disciplinas realizadas. Na realização deste trabalho escrito que instiga a reflexão, observação, análise e crítica das atividades e dos conteúdos vistos, tanto na teoria quanto na prática, foi possível perceber a evolução de nós, estudantes, não apenas como acadêmicos de medicina, como também como cidadãos e indivíduos inseridos na sociedade em que vivemos.

Diante de todo o cenário trabalhado, foi entregue um conhecimento e uma vivência de que é importante focar acima de tudo no paciente e não apenas se preocupar com a doença que ele apresenta, praticando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), por Stewart et al. (2017), e abordado em diversas aulas durante a graduação de medicina também.

Logo, concluo com uma reflexão de Gallian (2000), segundo o autor, a supervalorização das ciências biológicas, da superespecialização e dos meios tecnológicos, que acompanharam o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas, trouxe como consequência mais visível, a "desumanização" do médico. Um sujeito que foi se transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste. Ao finalizar este portfólio, é perceptível que a técnica médica por mais exemplar que seja não é suficiente se a relação médico-paciente não for estabelecida de forma humanizada, e se o vínculo entre as duas partes não estiver sólido. Ser um médico humano, em um mundo que cobra tanta técnica e aprimoramento é quase um desafio, entretanto é fundamental. Muitas vezes somente uma boa conversa é suficiente para diagnosticar diversas doenças que nem mesmo os mais avançados exames poderiam detectar.

REFERÊNCIAS

[1] BUCKLEY, Sharon et al. The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11**. Medical teacher**, v. 31, n. 4, p. 282-298, 2009.

[2] GOMES, Samantha et al. Genograma e Ecomapa: revisão bibliométrica das publicações globais. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 4, p. 1-7, 2021.

[3] GUBAŁA, W. **Personalistyczna koncepcja etyki lekarskiej w nauczaniu Jana Pawła II** [Personalization concepts of medical ethics in the teachings of John Paul II]. Folia Med Cracov. 1998;39(3-4):139-44. Polish. PMID: 10816965.

[4] LIMA, Fernando Gabriel Santos. **ANAMNESE: UMA REFLEXÃO DA SUA IMPORTÂNCIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DENTRO DA FORMAÇÃO MÉDICA.** 2021. 8 f. Dissertação (Graduação em Medicina) - UNIFIMES, Mineiros,2021.

[5] MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 871-877, 2007.

[6] MARCELLO CLARAMONTE GALLIAN, Dante . **A (Re)humanização da Medicina**. Psychiatry on line Brasil. São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano00/galli0500.php. Acesso em: 21 jun. 2021

[7] PAPA JOÃO PAULO II. In: L'Osservatore Romano, ed. Francesa, 16 out. 2001, p. 1.

[8] STEWART, Moira et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2017.

[9] WENCESLAU, Leandro David et al. Um roteiro de entrevista clínica centrada na pessoa para a graduação médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e omunidade**, v. 15, n. 42, p. 2154-2154, 2020.

CAPÍTULO

18 Emoções em foco: a importância da empatia ao ouvir a história de um paciente na prática médica

Daniel Siran de Jesus Alves[1], Jeferson Lucas Hudson[2], Luiz Silva Brombal[3]

A presente narrativa reflexiva descreve a experiência de um grupo de alunos de medicina da Universidade Federal de Uberlândia durante uma atividade de saúde coletiva. Os alunos foram designados para conversar com pacientes da enfermaria oncológica do Hospital de Clínicas de Uberlândia. A narrativa reflexiva têm como objetivo destacar a importância da empatia na prática médica.

A atividade do Eixo de Saúde Soletiva foi realizada em uma enfermaria oncológica do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Os alunos foram divididos em grupos de 8 pessoas e designados para conversar com um paciente por cerca de uma hora. As conversas foram conduzidas de forma aberta e exploratória, com o objetivo de compreender a experiência dos pacientes. Em uma dessas conversas, uma paciente expressou sua angústia por sentir que estava gerando trabalho para as pessoas que cuidavam dela.

Durante a conversa com a paciente, os alunos perguntaram a ela o que mais a incomodava em relação ao seu cuidado para sua saúde. Ela respondeu que o que mais a incomodava era sentir que estava gerando trabalho para as pessoas que cuidavam dela. A paciente disse ainda que tinha uma amiga de 20 anos que havia deixado de trabalhar para cuidar dela, e isso a fazia se sentir culpada. Os alunos ficaram emocionados com a sinceridade e vulnerabilidade expressas. Eles reconheceram que, como médicos em formação, é essencial mostrar empatia, compaixão, respeito e carinho aos pacientes.

Ao ouvir a história da paciente, os alunos puderam compreender a complexidade das emoções dos pacientes oncológicos e como isso afeta seu processo de cura. Os alunos também reconheceram a necessidade de aprender a lidar com as emoções dos pacientes. Eles buscaram qualificação psicológica para enfrentar esses nuances e aprimoraram suas habilidades de comunicação e empatia.

A Universidade Federal de Uberlândia tem seu curso de medicina consolidado há vários anos. Durante o segundo ano, os alunos já têm um maior contato com os pacientes em diversas matérias, como saúde individual, nos ambulatórios de pediatria e obstetrícia, e em saúde coletiva. Como todo início, são difíceis, tudo é novo, as inseguranças e momentos difíceis aparecem, mas a cada atendimento, as confianças vão aumentando no decorrer do semestre. Um momento bem marcante foi durante uma atividade do componente de Saúde Coletiva que consistia em realizar relatórios técnicos reflexivos de vivências no cenário da enfermaria oncológica do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

[1] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[2] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
[3] Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Para realizar esses relatórios, era necessário escolher pacientes da enfermaria oncológica para saber um pouco sobre suas histórias, suas redes de apoio, as dificuldades que enfrentavam durante o processo de cura e outros fatores. Queríamos saber sobre os pacientes e não apenas sobre as doenças. Assim, em uma segunda-feira, nossos grupos, compostos por 8 pessoas cada, foram à enfermaria e tiveram ótimas conversas com os pacientes. Um desses encontros foi com a paciente relatada, diagnosticada no início do ano com leucemia mieloide aguda. Apesar do diagnóstico, ela demonstrava estar bem e aberta para conversar conosco.

Acreditamos que essas narrativas são relevantes, pois nos desafiaram a compreender não apenas as doenças, mas também as experiências dos pacientes e como as doenças afetam suas vidas cotidianas. Como Foucault afirmou, "o cuidado da saúde não pode ser reduzido ao tratamento da doença, mas deve levar em conta a experiência dos pacientes".

Diante disso, perguntamos várias coisas que seria impossível não abordar sobre suas doenças. No entanto, estávamos curiosos para saber como eles estavam se sentindo. Assim, fizemos a pergunta: "O que mais os incomoda hoje em relação ao seu cuidado para sua saúde?" ao responder, a paciente começou a chorar, revelando que se incomodava muito por gerar trabalho para as pessoas que cuidavam dela, tanto que ela tem uma amiga de 20 anos de amizade que deixou de trabalhar para cuidar dela. Isso a incomodava muito, demonstrando não querer gerar desconforto para os outros devido às suas necessidades.

Naquele momento, não soubemos como lidar com a emoção dela. Ficamos emocionados com sua sinceridade e vulnerabilidade. Reconhecemos que, como médicos em formação, é essencial mostrar empatia, compaixão, respeito e carinho aos pacientes, especialmente aos pacientes oncológicos.

Esse momento foi bastante marcante para nós dos grupos, pois tivemos dificuldade em entender por que a paciente se sentia assim, afinal, a vida inteira ela cuidou de tantas pessoas, como amigos, filhos e familiares, e agora se sentia assim. Esse momento nos fez pensar em como lidaremos com nossa futura prática médica. Como futuros médicos, devemos não apenas tratar doenças, mas também compreender a complexidade das emoções dos pacientes e como isso afeta seu processo de cura. Como equipe médica em formação, reconhecemos a necessidade de aprender a lidar com as emoções dos pacientes e aprimorar nossas habilidades de comunicação e empatia para proporcionar um cuidado mais eficaz e compassivo, além de buscar qualificação psicológica para enfrentar esses nuances.

Para atender a essas necessidades de aprendizagem, consultamos diversas fontes, incluindo "A relação paciente-médico" de López (1997), "Managing Difficult Encounters" de Hughes e Kerr (2000), e "Princípios de Ética Biomédica" de Beauchamp e Childress (2002). Esses textos forneceram insights valiosos sobre a comunicação eficaz, a empatia e o respeito na relação médico-paciente.

Nossas experiências com os pacientes, como a emocionante conversa com a paciente narrada, nos lembraram que, como futuros médicos, precisamos não apenas tratar doenças, mas também cuidar das emoções e necessidades emocionais dos pacientes, mostrando empatia, compaixão, respeito e carinho. Esses conceitos de comunicação eficaz, empatia e compaixão, como discutidos nos textos consultados, podem ser aplicados para aprimorar nossas habilidades e garantir que continuemos demonstrando empatia e carinho.

Estamos determinados a aprimorar nossas habilidades de comunicação e empatia para proporcionar um cuidado mais eficaz e compassivo, reconhecendo que a experiência do paciente é tão importante quanto o tratamento da doença.

Em resumo, essas experiências nos ensinaram que a prática médica vai além do diagnóstico e do tratamento de doenças. Como médicos em formação, estamos comprometidos em cuidar das necessidades emocionais e mentais dos pacientes, mostrando empatia, compaixão, respeito e carinho. A vida da paciente narrada nos lembra que, em algum momento de nossas vidas, poderemos precisar dos cuidados de outras pessoas, e é essencial aprender a lidar com isso de forma sensível e compreensiva.

Esta narrativa reflexiva conclui que a prática médica vai além do diagnóstico e do tratamento de doenças. Os médicos devem também cuidar das necessidades emocionais e mentais dos pacientes. A vida da paciente narrada nos lembra que, em algum momento de nossas vidas, todos poderemos precisar dos cuidados de outras pessoas, e é essencial aprender a lidar com isso de forma sensível e compreensiva.

REFERÊNCIAS

[1] BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.

[2] HUGHES, M.; KERR, I. Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors. American Family Physician, v. 87, n. 6, p. 419-425, 2013.

[3] LÓPEZ, M. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 3, p. 647-655, 1999.

CAPÍTULO 19

Rompendo barreiras linguísticas: a importância da sensibilidade cultural e adaptação na prática médica

Arthur Diogo Silva Valentini Gheno[1], João Pedro Alves Rodrigues[2], Ricardo Rodrigues Filho[3]

O quarto período de medicina é um emocionante marco no ciclo de aprendizagem dos estudantes de medicina, à medida que eles avançam em direção à realização de seus sonhos de se tornarem médicos. Nesse estágio, os alunos fazem a transição de suas salas de aula e laboratórios para os ambulatórios e clínicas, onde finalmente têm a oportunidade de aplicar seus conhecimentos teóricos na prática da medicina. Essa etapa do curso de medicina caracteriza-se por um novo ciclo de aprendizagem, que é uma etapa crucial para o desenvolvimento de suas habilidades clínicas, já que agora eles têm contato direto com pacientes, adquirindo uma experiência valiosa que os ajudará a se tornarem médicos competentes e compassivos. O presente trabalho busca porrelacionar os princípios bioéticos e de atendimento humanizado na prática medicina.

Este trabalho compreende um atendimento ambulatorial de pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no dia 19 de outubro de 2023, em que os estudantes puderam conduzir por completo um atendimento de uma mãe e filha egípcias, visando superar os limites linguísticos e culturais a fim de proporcionar um procedimento de consulta de qualidade às pacientes. Além da experiência de atendimento prático, os estudantes puderam refletir a respeito de princípios bioéticos como a Autonomia, a Justiça, a Beneficência e Não Maleficência, fundamentais ao longo de toda a consulta, sendo todos eles prezados pelo princípio da Confidencialidade, o que permitiu transmitir para as pacientes maior segurança durante o serviço e protegê-las mantendo a ética.

A experiência relatada trata-se do momento em que uma mãe vinda do Egito chegou ao hospital universitário onde estudamos, incapaz de se comunicar efetivamente com a equipe médica devido à barreira linguística. A mãe transmitia preocupação e frustração por não poder se expressar e ser respondida com eficácia durante a sua estadia, pois além de estar em um país não familiar, estava acompanhada de sua filha mais velha de 18 anos e sua outra filha de 1 mês e 19 dias, que era a paciente no dia. Nosso envolvimento direto no atendimento foi uma experiência transformadora, destacando a importância de competências linguísticas e habilidades técnicas e humanísticas na prática médica. A consulta seguiu com dificuldades de comunicação, tentando ser conduzida em inglês, entretanto, ambas as partes apresentaram dificuldades significativas de se comunicar, dada a incompreensão da língua materna em cada lado. Este momento nos fez refletir sobre a importância da questão de adaptar-se aos eventos envolvidos em nossa

1 Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
2 Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
3 Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

profissão e agir proativamente em situações desafiadoras no ambiente clínico multicultural, evidenciando necessidade e busca de um atendimento humano, integral e pautado na escuta ativa.

Essa experiência foi marcante devido a sua demanda por reconhecer e atender prontamente à necessidade de comunicação da mãe vinda do Egito, demonstrando empatia e sensibilidade cultural. A disposição dos estudantes em se adaptarem e assumirem a responsabilidade em um ambiente de saúde multicultural destaca sua capacidade de lidar com desafios e agir proativamente em situações complexas.

O reconhecimento das características culturais dos grupos sociais e de suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença é um importante atributo derivado da atenção primária e ilustra o atributo da competência cultural. Por meio desse atributo é possível desenvolver laços fortes com as pessoas e famílias alvo dos cuidados em saúde, obtendo-se maior satisfação, diagnósticos mais precisos e maior adesão ao tratamento.

Esse reconhecimento do mundo alheio cria condições de debater o assunto com naturalidade e confrontar todos os entraves com bom humor e autoestima, dando-nos uma grande lição e nos deixando o seguinte questionamento: O que fica de aprendizado e experiência para o futuro para que possamos agir e nos comportar melhor diante desse tipo de cena? O aprendizado que adquirimos é adotar uma nova postura diante dos problemas e das questões que não envolvem somente a saúde, mas também o bem-estar integral do paciente. Além disso, entendemos a importância de olharmos para nós mesmos de um jeito diferente, pois temos o hábito de reclamar e de adotar postura negativa perante dilemas e problemas cotidianos. Portanto faz-se necessária não somente uma medicina humanizada, mas uma valorização do ser humano no seu caráter biopsicossocial, ou seja, em sua forma holística.

Diante da realidade daquela paciente, buscamos demonstrar conforto e apoio à mãe estrangeira, fazendo as perguntas de forma aberta e que permitisse conforto para que a filha respondesse sem constrangimentos. Ademais, demonstramos interesse em conhecer seus hábitos de vida, hobbies, atividades de lazer e opiniões, para que pudéssemos abordar a condição vivida por aquela menina do modo mais integral possível. Nos pautamos a partir do uso da escuta ativa e da empatia a fim de nos colocarmos no lugar daquela paciente para interpretar suas palavras e sentimentos da forma mais confraterna possível. Isso possibilitou uma anamnese com teor de conversa, deixando a jovem em uma posição segura para, inclusive, fazer brincadeiras, dar risada e querer cada vez mais compartilhar experiências conosco, o que valida a importância de estabelecimento de vínculo entre médico e paciente para que haja confiança mútua e, por consequência, maior integralidade no tratamento.

No decorrer da anamnese, vários foram os sentimentos vivenciados pelo grupo. A princípio, fomos arrebatados por uma tristeza ao escutar a história de vida da filha, associado à sensação de impotência tanto pela condição da paciente ser congênita e não proporcionar possibilidade de cura, quanto pela nossa falta de conhecimento em relação ao tema. Contudo, à medida que a paciente se mostrava alegre e otimista em relação à sua expectativa de vida, mudamos nossa perspectiva e fomos tomados por grande alegria e solidariedade, pois percebemos ser essencial uma postura esperançosa diante de nossa realidade para mitigarmos os efeitos das mazelas que nos atingem. A conversa mostrou-se, em vários momentos, angustiante, dado que a garota queria se expressar, mas era frequentemente cerceada pela mãe, que respondia pela filha. Apesar dessa dificuldade, a

menina se mostrou aberta ao diálogo, o que nos deu maior calma e tranquilidade para que pudéssemos desenvolver a comunicação da melhor forma possível. Portanto, no final da consulta, demonstramos a ela o quanto estávamos cativados por sua história e como aquele momento havia sido proveitoso para nossa formação enquanto estudantes e, acima de tudo, enquanto pessoas. A garota ficou muito feliz de termos ido até ela para dialogar. Ao nos depararmos com uma garota em situação de tamanha fragilidade e que, ainda assim, alimenta a constante esperança em um prognóstico positivo, é evidente a necessidade de um atendimento hospitalar que contemple o paciente de maneira integral, conjugando o bem-estar físico e psíquico.

Essa ótica corrobora o trecho "O nascimento do hospital", presente na obra "Microfísica do Poder" de Foucault, no qual ele aborda a mudança de perspectiva do tratamento hospitalar a partir do século XIX, em que essa instalação passa a ter foco no cuidado e não mais representa simplesmente um ambiente de exclusão e pauperização (FOUCAULT, 1978 FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011). Assim, ainda que a paciente entrevistada tenha uma série de dificuldades de adaptação a esse ambiente, o hospital oferece a ela uma segurança não apenas do ponto de vista profissional, mas oferece também cuidado psicológico e permite um acompanhamento minucioso de seu quadro, importante para o pleno desenvolvimento dessa jovem. É fundamental para o profissional de saúde adotar uma abordagem multifatorial para entendimento do paciente, a fim de utilizar a Medicina Centrada na Pessoa como forma de elaborar um plano terapêutico que se adeque às demandas psicoemocionais e sociais do indivíduo atendido (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Além disso, desenvolver a "competência cultural", é imprescindível para a efetiva compreensão das queixas da paciente, identificar e compreender seu posicionamento e suas vontades diante do cenário encontrado e, por fim, proporcionar um serviço que transmita a segurança necessária para que o tratamento prossiga com a paciente em sua casa, abordando e resolvendo suas queixas de modo adequado ao multiculturalismo do mundo contemporâneo.

A abordagem reflexiva da situação médico-paciente cumpre seu objetivo de desvelar a importância do cuidado e da abordagem multifatorial para o real entendimento do paciente, uma vez que este é um indivíduo idiossincrático, dotado de uma história de vida, demandas emocionais e carências de ordem subjetiva, fatores que precisam ser trabalhados para que a plenitude de seu tratamento. Em síntese, por meio dessa vivência, conseguimos sentir grande realização pessoal em poder contemplar um caso clínico que nos permitiu humanizar nossa conduta enquanto estudantes de Medicina, aperfeiçoando nossas habilidades de comunicação, de escuta ativa e de estabelecimento de vínculos, aspectos que irão, de fato, favorecer nossa prática médica futuramente.

REFERÊNCIAS

[1] Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, Brasília; 2002. 726 p.

[2] GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. DE O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, p. 82–90, 13 jan. 2020.

[3] FOUCAULT, 1978 FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson